BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENRI PLON,
RUE GARANCIÈRE, 8.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1856-1857.

TOME SEPTIÈME.



PARIS

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1857

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES,

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.



A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

T

U

V



FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS.



L

M

N

P

R

S

T

V

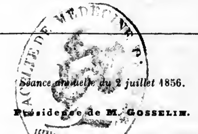
FIN DE LA TABLE DES AUTEURS.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE

CHIRURGIE DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE.



Séance annuelle du 2 juillet 1856.

Présidence de M. Gosselin.

M. le président, après avoir annoncé que cette année aucun mémoire n'avait été adressé pour la question de prix proposée par la Société, proclame les noms des candidats pour le prix Duval.

Le prix Duval est accordé à M. Perret (de Gaillardon).

Une mention honorable est accordée à M. Dunnal (de Montpellier).

M. le président donne ensuite la parole à M. Marjolin pour la lecture du compte rendu des travaux pendant l'année 1855-1856.

Messieurs et chers collègues,

A mesure que les sociétés savantes prennent de l'âge, leurs comptes rendus annuels doivent nécessairement se modifier, et vouloir toujours s'en tenir à l'énumération des faits intéressants qu'une année rassemble, ce serait, à mon sens, s'imposer une tâche bien aride et condamner inutilement son auditoire au récit d'une table analytique. D'ailleurs revenir sur des faits encore bien présents à votre mémoire, n'est-ce pas s'exposer à vous faire un résumé incomplet de procès-verbaux dont nous avons tous apprécié l'exactitude et la clarté?

J'ai pensé qu'il valait mieux examiner l'ensemble et la direction de vos travaux, sans entrer dans trop de détails ; de cette manière il me sera plus facile d'en faire ressortir l'étendue et la valeur; toutefois, avant de commencer, permettez-moi de vous soumettre une réflexion

qui m'a été suggérée par quelques faits qui vous ont été communiqués : c'est que plus que jamais la Société de chirurgie doit exiger impérieusement le complément de toute observation ; c'est qu'il est, en outre, bien important, pour que les discussions soient profitables, qu'elles ne soient pas en quelque sorte improvisées.

Dans les sciences qui ne progressent que par l'observation, il est indispensable, pour qu'elle soit fructueuse, qu'elle soit complète. Or, par complet nous n'entendons pas l'accumulation de détails inutiles, mais bien la réunion, l'ensemble des éléments indispensables à une conclusion pratique. Comment se fait-il donc, malgré la conviction où nous sommes tous de la nécessité de bien observer, que ce soit assez souvent le côté faible de notre profession? Je n'en cherche pas ici les raisons; chacun n'a qu'à faire son examen de conscience, et la réponse sera bientôt faite.

Je dirai seulement que jamais on ne saura trop de gré à un homme dont nous honorons tous le caractère, à M. Louis, d'avoir su contraindre la jeunesse à observer avec méthode et régularité.

Ne vous récriez pas à l'avance sur le trop de longueur des observations, car je répondrai qu'il est plus facile d'élaguer le superflu que d'ajouter ce qui manque; là au moins l'imagination ou l'invention ne peuvent pas prendre la place du vrai. Je sais comme vous que l'observation est souvent bien difficile à mener à bonne fin, et qu'il est encore plus difficile d'appliquer avec justesse la statistique à l'art de guérir; mais il n'en est pas moins vrai que l'expérience n'est que la somme des faits bien observés.

Cette vérité établie, vous verrez comment il a pu arriver que dans certaines questions essentiellement pratiques nous n'avons pas toujours trouvé tous les éléments nécessaires pour formuler une conclusion. La raison en est qu'au lieu de faits précis et en nombre convenable, nous n'avons quelquefois rencontré que des souvenirs. Or, cela ne suffit pas; et c'est là un défaut que j'ai cru devoir vous signaler dès le début : c'est une lacune qu'il faut désormais faire disparaître.

Certes la mission de la Société de chirurgie, qui a déjà bien grandi dans l'esprit public, serait plus grande encore si chacun de ses membres prenait la ferme résolution de n'apporter ici que des faits complets. Que de questions impossibles à traiter pour un seul homme trouveraient ainsi une solution prompte! que de temps précieux ménagé, et que de cruelles écoles épargnées!

Ce n'est pas que jusqu'ici la Société n'ait souvent fait de louables efforts pour arriver à ce perfectionnement; on peut même dire que par

l'ensemble de ses travaux et de ses discussions elle est entrée dans une voie qui lui fait honneur. Mais pour qu'elle marche sûrement dans cette voie sans en dévier, il faut que sans cesse elle ait présent à la pensée que sans l'observation il n'y a point de sécurité dans la pratique, et que l'observation incomplète ne peut engendrer que le doute et l'hésitation.

Si encore ces doutes, ces incertitudes n'existaient que dans des maladies rares ou dans l'application de méthodes de traitement nées d'hier, on le concevrait. Mais il n'en est pas ainsi; ce sont, au contraire, les affections les plus communes et les méthodes de traitement les plus anciennes qui sans cesse sont remises en question.

Les rétrécissements de l'urètre ne datent pas d'hier. Le bon Roi Henri, dit la chronique, en souffrit cruellement; il dut même passer par la cautérisation et les scarifications. Et à une époque moins éloignée, lorsque Daran remit la dilatation en vogue, tant de personnes avaient peine à voir clair à leurs affaires, qu'on ne parlait plus que de bougies à la cour. La chose en arriva jusqu'aux oreilles de la Reine, qui voulut savoir de quoi il s'agissait. L'explication était délicate; un homme d'esprit s'en tira par un bon mot. Mais les pauvres malades s'en tirent-ils aussi facilement? Malheureusement non. Questionnez ceux qui ont passé par la cautérisation, les débridements ou le formidable cathéter de Mayor; écoutez leurs réponses. S'il y a eu des guérisons, combien aussi n'y a-t-il pas eu d'amers regrets!

L'an passé, vos dernières discussions avaient porté sur la valeur de l'urétrotomie; cette année, la première séance s'ouvrit par un discours de Vidal (de Cassis) contre l'emploi trop généralisé de cette méthode. Notre regrettable collègue employa dans cette circonstance tout son esprit et toute son expérience pour en faire ressortir les dangers, et fut fortement soutenu par M. Lenoir, qui n'admit également les opérations sanglantes pratiquées sur l'urètre que comme une méthode exceptionnelle. Par contre, vous entendîtes MM. Maisonneuve et Reybard préconiser l'urétrotomie comme une méthode souveraine : dans bon nombre de rétrécissements la guérison serait instantanée, radicale; c'est à peine si on aurait des accidents à craindre. Enfin M. Bonnet (de Lyon), dans une importante communication, vous a dit que dans les rétrécissements compliqués de fistules, non-seulement il débridait largement, mais qu'il cautérisait avec une énergie qui vous a un peu effrayés. Cependant les résultats qu'il vous a cités sont de nature à enhardir les plus timorés. Où donc est la vérité; où sera le salut?

A une époque où la presse périodique s'empare de questions qui ne

devraient être traitées que dans les journaux scientifiques, jugez de l'embarras où se trouve le malheureux atteint de rétrécissement de l'urètre; à qui doit-il se confier?

En présence d'une semblable incertitude, ne trouvez-vous pas qu'il serait urgent que chacun s'empressât de recueillir avec soin les faits de rétrécissement de l'urètre qu'il aura occasion d'observer? Et puisque la discussion n'est pas terminée, il sera possible, lorsqu'elle reviendra à l'ordre du jour, d'établir quels sont les cas où la dilatation suffit, dans quels cas il faut recourir à la cautérisation ou à l'urétrotomie, et quels sont les procédés préférables. De cette manière, comme l'a si bien dit M. Lenoir, la discussion ne serait pas prématurée, et elle fournirait des résultats utiles à la pratique.

Tout à l'heure je vous parlais du malheureux atteint de rétrécissement de l'urètre, je vous faisais part de son incertitude au milieu de tant de méthodes; eh bien, si grande que soit son irrésolution, bien certainement elle ne sera rien en comparaison de ce qu'eût été la vôtre si, il y a quelque temps, on vous eût consultés sur l'opportunité de l'opération du bec-de-lièvre dès les premiers jours de la naissance. Certes là encore la question n'est pas neuve, les procédés ne manquent pas; vous avez pu entendre exposer dans cette enceinte les méthodes les plus ingénieuses pour éviter les accidents et obtenir un beau résultat. Or, qu'est-il résulté de la dernière discussion, dans laquelle MM. Denonvilliers, Michon, Guersant, Danyau ont fourni de précieux documents? C'est que bien certainement la majorité des membres de la Société est revenue de l'idée qu'il fallait opérer le bec-de-lièvre dès les premiers jours de la naissance.

Que s'est-il donc passé dans une année pour amener un pareil changement? Il y a eu tout simplement un exposé réel des succès et des insuccès obtenus suivant l'âge des enfants opérés, suivant le défaut de conformation ou le procédé mis en usage; c'est que pour la première fois vous avez pris en considération la question de viabilité chez ces mêmes enfants; c'est qu'enfin, mettant de côté les souvenirs, vous avez voulu des faits précis. Alors, malgré la faible proportion de ceux qui vous ont été cités, la vérité a commencé à se faire jour, et les résultats ont parlé.

Si les faits ont une éloquence qui porte avec elle la conviction, pourquoi les négliger? Voulez-vous sortir de cette interminable discussion sur l'unité ou la dualité du virus syphilitique, sur la transmission réelle ou impossible des accidents secondaires? Des faits, vous disent les partisans de telle ou telle opinion, et nous sommes tout prêts à modifier la

nôtre. N'est-ce pas là ce que vous avez entendu répéter cette année encore par plusieurs d'entre vous? Or, si les doctrines ont de l'importance, il y a d'autres questions tout aussi graves que des observations bien recueillies peuvent seules élucider; et comme il ne s'agit rien moins que de la responsabilité médicale, permettez-moi, messieurs, de m'y arrêter quelques instants.

Vous n'avez pas oublié de quelle grave question la Société fut saisie au commencement de l'année par notre honorable collègue le docteur Pauli (de Landau). Un médecin allemand avait été condamné par le tribunal de Bamberg à la détention, comme convaincu d'avoir transmis la syphilis à un certain nombre d'enfants en leur inoculant la vaccine.

Un appel fut fait à diverses sociétés savantes pour prouver combien l'accusation était peu fondée. Je ne vous rappellerai pas la discussion qui suivit le rapport de M. Broca ; mais je dirai qu'il eût peut-être suffi, pour convaincre les personnes les plus prévenues et les plus étrangères à l'art de guérir, de leur lire le rapport de M. Husson, adressé en 1822 au ministre de l'intérieur au nom du comité de vaccine. En reproduisant des faits aussi éloignés, on ne pouvait pas suspecter le corps médical de vouloir sauver un confrère coupable, et si le tribunal de Bamberg eût connu ce travail, il se fût évité le déplaisir de voir son arrêt réformé.

Voulez-vous une autre preuve de ce que peut faire l'observation bien dirigée, lisez le rapport si remarquable fait par M. Moissenet au nom de la commission chargée d'examiner les résultats du traitement du cancer par la méthode du docteur Landolfi. Jamais peut-être question plus difficile ne fut résolue en si peu de temps, et jamais peut-être illusion plus grande ne fut aussi complétement détruite. Pourquoi ? Parce que les observations furent rédigées avec un soin extrême et que les résultats définitifs furent exposés au grand jour (1).

Je vous ai parlé à dessein des caustiques, parce que depuis quelque temps cette méthode ancienne semble reprendre une nouvelle faveur. Vous avez eu, dans cette année seule, sur ce sujet, plusieurs travaux très-intéressants de MM. Maunoury et Salmon (de Chartres). Et quand je ne citerais la communication de M. Bonnet (de Lyon) que pour rappeler qu'il a sauvé par ce mode de traitement trois étudiants près de succomber des suites de piqûres anatomiques, c'est assez vous dire

(1) *Rapport sur le traitement des maladies cancéreuses par la méthode du docteur Landolfi à l'hospice de la Salpêtrière en* **1855**, publié par l'administration générale des hôpitaux.

toute l'importance que peut avoir la cautérisation en chirurgie, et le soin que nous devons apporter à l'étude de son emploi, sans nous laisser aller cependant à trop d'entraînement. Or comment établir d'une manière certaine dans quelle limite il faut, dans les affections chirurgicales, recourir à cette méthode, si ce n'est en notant avec soin les résultats dont nous sommes témoins ?

Comment renier la puissance de l'observation, lorsque nous voyons tout ce qu'elle a fait naguère dans une question des plus complexes? Depuis que votre attention s'est fixée sur le plus ou moins de malignité de certaines tumeurs, un des hommes les plus laborieux de notre époque, notre collègue M. Lebert, a modifié ses opinions; et dans son magnifique *Traité d'anatomie pathologique*, il dit (page 188) : « La » tendance aux récidives dans les tumeurs fibro-plastiques ne saurait » plus être révoquée en doute aujourd'hui ; c'est elle qui nous avait » échappé dans nos premières publications sur ce sujet. » Par quelle voie est-on parvenu à prouver que ces tumeurs non cancéreuses et réputées bénignes récidivaient avec une rapidité effrayante, qu'elles pouvaient indistinctement envahir tous nos tissus et constituer une véritable diathèse? On y est arrivé par la volonté. On s'est mis en quête de tous les faits, on les a suivis avec persévérance, on vous les a exposés dans toutes leurs phases; en un mot, il y a eu, pour atteindre la solution de cette difficulté, un véritable *consensus omnium*.

Vous me direz peut-être qu'à m'entendre insister aussi longuement sur les avantages de l'observation, on serait tenté de croire que la Société de chirurgie méconnaît trop souvent la valeur des faits recueillis avec soin. Si on voulait tirer de mes paroles une semblable conclusion, on se tromperait fort. Dieu merci! vos travaux sont là pour prouver le contraire. Mais, comme avant tout je vous dois la vérité, il m'a suffi de rencontrer quelques faits incomplets pour attirer toute votre attention sur ce défaut. Et de même que je ne crains pas de vous signaler une lacune, je vous dirai, avec la même franchise, que cette année bon nombre de questions importantes ont été étudiées avec un soin et une persévérance dignes d'éloges.

Ainsi, comment ne pas vous parler de l'empressement avec lequel M. J. Roux (de Toulon) vous communique tout ce qui a trait aux amputations des extrémités inférieures, et du zèle que M. Verneuil apporte à poursuivre ses recherches sur ce sujet plein d'intérêt?

Dans la question des enchondromes, ne trouvons-nous pas encore cette année de nombreux éléments d'étude dans les faits présentés par MM. Richet, Guérin, Demarquay, et dans la savante analyse faite par

M. Giraldès de tout ce qui avait paru en Angleterre sur cette question?

A une époque antérieure, vous vous étiez occupés de l'éléphantiasis du scrotum ; eh bien , cette année, les intéressantes communications de MM. Clot-Bey et Goyrand, et le rapport si complet de M. Larrey, nous ont fourni des détails précieux pour l'étude de ce sujet.

On a le droit d'être exigeant avec ceux qui sont riches , et lorsque notre excellent collègue M. Michon , dans un de ces rapports malheureusement beaucoup trop rares pour nous , disait avec raison que les faits présentés par M. Drouineau (de la Rochelle) prouvaient hautement que la lithotritie était tombée dans le domaine de tous les chirurgiens, ne croyez-vous pas que le public n'eût quelque raison de dire : Mais que ne donnez-vous un peu les preuves de ce que vous dites en publiant les observations?

Les faits sont tout ; voyez où en serait encore pour beaucoup de personnes la question de la ligature des veines dans les grandes opérations sans la discussion de cette année! Cette pratique, contre laquelle la théorie s'est trop souvent élevée , s'est trouvée justifiée par les observations citées dans le rapport de M. Follin sur les travaux de M. Coste (de Marseille). Et si à une certaine époque la ligature de la veine fémorale a été regardée comme plus grave par ses suites que la ligature de l'artère crurale, c'est qu'on n'était pas fixé comme aujourd'hui, ainsi que l'ont démontré MM. Richet et Verneuil, sur l'existence d'anastomoses entre la partie supérieure de la veine fémorale et les veines pelviennes.

De même que nous sommes revenus des dangers exagérés de la ligature des veines, et que nous la considérons, dans beaucoup de cas graves, comme un moyen hémostatique précieux ; de même aussi nous avons modifié nos idées sur la nécessité de la désarticulation coxofémorale dans les plaies d'armes à feu. Rappelez-vous le travail de M. Legouest sur cette question. Comment est-il arrivé à cette conclusion, que l'expectation a sauvé beaucoup plus de malades que l'amputation, soit primitive, soit consécutive? En vous présentant des faits auxquels sont venues se joindre les observations de MM. Cloquet, Larrey, Huguier, Giraldès, Denonvilliers et Forget.

N'est-ce pas encore par des faits recueillis avec soin que notre bon collègue M. Monod vous a démontré la nécessité de modifier les règles de la ponction de la vessie dans les cas d'hypertrophie de la prostate?

J'ajouterai que ce n'est pas seulement au point de vue pratique que les moindres détails ont de l'importance. Ainsi, qu'une femme mette au monde un enfant présentant des traces de fractures ; ce n'est plus

seulement au point de vue de la tératologie ou de l'histoire du rachitisme qu'il sera indispensable de bien établir si pendant la grossesse la mère aura fait une chute ou subi quelque violence, car cette question peut devenir une question médico-légale, ou intéresser la responsabilité de l'accoucheur. Aussi, sous tous ces rapports, les observations de MM. Danyau, Broca, Guersant et Houël ont un très-grand intérêt.

Maintenant, si les travaux que je viens de citer ne suffisaient pas pour prouver votre activité, je vous rappellerais la continuation des recherches faites cette année encore sur les tumeurs rétro-utérines, sur les bénéfices de l'autoplastie dans les cicatrices vicieuses de la face, sur l'action du perchlorure de fer dans les tumeurs érectiles, sur le traitement des fistules lacrymales. Je vous dirais : Voyez encore les faits curieux d'exostoses éburnées qui vous ont été communiqués, la série d'observations de résections du maxillaire inférieur sans rétraction de la langue, et enfin la discussion sur les fractures en coin sur lesquelles notre honorable président avait attiré votre attention.

Non, on ne peut pas douter de l'activité incessante d'une Société lorsque dans une année seule elle réunit un pareil nombre de communications, lorsque le zèle des correspondants, loin de s'affaiblir, va toujours croissant, et que nous voyons l'un d'eux, M. Tharsile Valette, trouver encore au milieu des fatigues de la campagne de Crimée le temps de nous adresser un long travail sur le résultat des amputations. Ce n'est donc pas là ce qui laisse à désirer; mais, pour le public, pour la science, pour nous-mêmes, il faut encore plus : il faut que cette activité soit toujours bien employée. Et ce n'est pas seulement vers les questions du jour qu'elle doit être dirigée, comme si la nouveauté seule avait de l'attrait, mais c'est surtout vers ces questions anciennes qui, malgré une pratique journalière, sont sans cesse remises à l'étude et sans cesse abandonnées.

Sous plus d'un point, les sociétés savantes ont bien des rapports avec les ordres religieux qui firent tant pour les lettres; elles ont une mission bien déterminée : elles ont à faire ce que l'homme ne peut faire dans la vie la mieux remplie; héritant des recherches de ceux qui ne sont plus, elles doivent les continuer, les faire fructifier. En peu d'années, la mort ne nous a-t-elle pas trop souvent montré que le laboureur ne voit pas toujours mûrir la moisson. Que sont devenus Bérard jeune, Pravaz, Gerdy, Vidal, enlevés dans la force de l'âge ? Leurs idées, leurs recherches doivent-elles donc mourir comme eux ? Non, c'est à vous à les étudier, à les développer. Si à certaines époques les travaux de certaines corporations religieuses ont eu une influence

immense sur la marche des sciences et des lettres, pourquoi n'auriez-vous pas aussi le désir d'imprimer par votre exemple une salutaire impulsion aux autres sociétés savantes?

Puisqu'il suffit pour faire avancer la science de vouloir et de bien observer, ne laissons échapper aucune occasion de lui faire faire un progrès; ne nous laissons pas rebuter par toutes les difficultés que présente ce travail de persévérance. Songeons à l'influence que peut avoir sur les travaux scientifiques la ferme volonté d'une Société qui n'a d'autre ambition que celle de bien faire, et bien pénétrés de cette vérité que le doute et les contradictions ne naissent que d'observations fautives, prenons tous l'engagement d'être de plus en plus exigeants avec nous-mêmes; profitons de l'exemple du passé, et quelle que soit la destinée réservée à cette Société, que toutes les années qui lui restent à parcourir soient marquées par un progrès véritable; voilà ce que nous devons tous désirer, voilà où doivent tendre tous nos efforts.

Séance du 9 juillet 1856.

Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal est lu et adopté.

Luxation ancienne du coude. — M. Morel-Lavallée demande la parole à l'occasion du procès-verbal. L'importance pratique de la question l'engage à rapporter un cas de luxation du coude chez un adulte, datant de trois mois, et dont il a obtenu la réduction avec facilité au moyen d'une manœuvre particulière qu'il croit être nouvelle, après la rupture préalable des adhérences par des mouvements appropriés.

Catherine Dagniaux, demeurant à l'Ecluse près Douai (Nord), actuellement boulevard de la Madeleine, 19, chez M. le duc de Richelieu, est entrée à la Charité, salle Sainte-Rose, n° 8, le 31 octobre 1850.

C'est une jeune fille d'environ vingt ans, grande et robuste. Le 3 août dernier, elle était sur une charretée de blé; en posant le pied sur une gerbe, elle perdit l'équilibre, et tomba, la tête la première, d'une hauteur d'à peu près quatre mètres sur les sillons. La tête porta sur l'avant-bras droit. La malade ne saurait dire dans quelle attitude était d'ailleurs cet avant-bras, s'il était allongé ou fléchi.

Elle n'a entendu aucun bruit dans le coude au moment de la chute. La douleur fut même si peu marquée qu'elle ne parle que de celle

produite par les tentatives de réduction, qui furent faites une heure et demie après l'accident. Si elle ignore la position du membre dans la chute, elle affirme nettement qu'en se relevant elle avait l'avant-bras étendu au même degré qu'à son entrée à l'hôpital ; elle ne pouvait ni le plier ni l'allonger davantage.

M. le docteur Aimé Louy fit faire des tractions sur le poignet par trois hommes, pendant que trois autres étaient chargés de la contre-extension. Ensuite il essaya de fléchir l'avant-bras, qui ne put l'être qu'à angle obtus, et, comme cette position déterminait une vive douleur, il ramena le membre dans l'extension, et l'y maintint avec des attelles et un bandage. Cet appareil ne put être supporté, et fut enlevé au bout de vingt-quatre heures. Il s'était développé du gonflement, qui fut combattu par une application de 25 sangsues.

Depuis lors, on se contenta de placer le membre, toujours dans l'extension, sur des coussins et de l'entourer de cataplasmes.

Dix-sept jours plus tard, on eut de nouveau recours aux attelles, qui restèrent en place pendant vingt jours, au bout desquels l'état était le même qu'aujourd'hui. Le médecin aurait dit que le coude était démis et le bras cassé à sa partie moyenne; mais il n'y a jamais eu dans ce dernier point ni douleur ni déformation.

A son entrée, la malade avait le coude dans l'état suivant :

L'avant-bras était dans une extension exagérée, au point qu'il y avait un angle rentrant en arrière et un angle saillant en avant ; la figure de l'articulation était en quelque sorte renversée. La saillie antérieure était due à l'extrémité humérale, dont on sentait et dont on voyait presque la forme oblique et arrondie. L'angle rentrant de la partie postérieure était l'effet naturel de l'extension forcée, extension qui allait jusqu'à la rencontre du bec olécranien et de la face correspondante de l'os du bras. Aussi tout mouvement actif dans ce sens, comme dans celui de la flexion, était-il impossible; les mouvements communiqués étaient à peine suffisants pour montrer qu'il n'y avait pas d'ankylose. La pronation et la supination étaient conservées.

L'olécrane s'était élevé de plus d'un travers de doigt. M. Cribier, interne du service, trouva à l'avant-bras de ce côté 3 centimètres de raccourcissement, mesure prise de l'apophyse styloïde du cubitus à l'épitrochlée.

En faisant exécuter des mouvements de rotation à l'avant-bras, on sentait l'extrémité supérieure du radius tourner *derrière* l'extrémité inférieure de l'humérus.

Le membre supérieur dans sa rectitude semblait un balancier; la

main ne pouvait se porter à la tête, et ne servait à la malade qu'à nouer les cordons de ses souliers.

Le lendemain de son entrée, le 1er novembre, la malade est conduite à l'amphithéâtre et couchée sur le lit; les liens extensifs et contre-extensifs étant posés, elle est chloroformée. A l'instant, dans le but de rompre les adhérences anormales, je porte l'avant-bras dans la flexion, qui est produite au delà de l'angle droit, et très-aisément, par une force si faible que j'en fus étonné. Un bruit prolongé de déchirures successives fut entendu dans le coude. En même temps l'olécrane, en s'éloignant de la face postérieure de l'humérus, entraînait avec lui le triceps, auparavant collé contre cet os, et lui faisait faire la saillie caractéristique de la luxation, saillie à laquelle cette apophyse contribuait elle-même.

Ensuite, afin de diminuer l'engrenage et les frottements, une serviette pliée en cravate est placée par son plein sur la face *antérieure* de l'extrémité supérieure de l'avant-bras, et une seconde serviette disposée de même, mais en sens inverse, sur la face *postérieure* de l'extrémité inférieure du bras. Ces serviettes sont confiées chacune à un aide chargé de tirer en sens contraire et perpendiculairement à l'axe du membre au moment où les tractions parallèles allaient être exécutées. A un signal donné, toutes ces tractions commencèrent à la fois. Je fis bientôt changer la direction de l'extension en ramenant l'avant-bras dans la flexion, et la réduction s'opéra avec une facilité surprenante. En cherchant à la constater, je m'aperçus que l'olécrane était rompu à son extrémité. A quel moment s'était produite cette rupture? Je n'en sais rien ; peut-être pendant la réduction.

La jointure paraissait avoir repris sa forme et jusqu'à un certain point ses mouvements passifs. Je trouvais bien à la mesure un raccourcissement de quelques millimètres; mais ce résultat était trop en désaccord avec la restitution de la configuration de l'article et avec la hauteur de l'olécrane avec les saillies appréciables de l'humérus pour être exact. J'attribuai cette différence à l'impossibilité de bien reconnaître, à cause de l'engorgement chronique des parties, l'épitrochlée et l'épicondyle, au-dessous desquels j'avais probablement placé mon point de repère supérieur. L'idée ne me vint pas de mesurer de l'apophyse styloïde du cubitus ou du bout du petit doigt à l'acromion, oubli d'ailleurs peu regrettable.

La malade voulut sortir le jour même de la réduction ; je continuai de la voir en ville. J'appliquai un bandage roulé et maintins l'avant-bras dans la flexion autant que possible. Cette flexion était d'abord

suffisante pour permettre à la main de se porter sur l'épaule opposée; mais peu à peu l'écharpe se relâchant, en même temps que la douleur, d'ailleurs légère, diminuait, par un retour vers l'extension, la main s'abaissa un peu. Chaque jour d'abord, puis tous les deux ou trois jours, des mouvements étaient imprimés à la jointure, et, ce qui me frappa, ce furent bientôt ceux d'extension qui furent les plus difficiles. Je ne pus dès le lendemain ramener le coude qu'à angle obtus, très-ouvert, il est vrai.

Une chose m'inspira pendant plusieurs jours quelques doutes sur l'exactitude de la réduction, c'était la saillie volumineuse au côté interne du pli du bras. Etait-ce un reste de déplacement ou un gonflement de l'extrémité articulaire de l'humérus ou des tissus ambiants? La conformation d'ailleurs naturelle de l'article et le rétablissement progressif des mouvements rendaient la dernière hypothèse seule plausible.

Aujourd'hui, 19 janvier 1851, environ deux mois et demi après la réduction, l'épitrochlée est dégagée, et la mesure prise de ce point à l'extrémité du petit doigt est absolument la même que du côté sain. La main se porte à la bouche et sur la tête; la flexion spontanée va à l'angle droit, l'extension à l'angle obtus très-ouvert; quand le membre est fatigué, l'extension est presque normale. Il est probable cependant qu'elle restera toujours un peu limitée par l'inclinaison du bec olécranien vers l'humérus. La fracture de l'olécrane, dont l'écartement était d'environ 1 centimètre, s'est en effet consolidée assez promptement par un cal osseux. La poulie est encore plus volumineuse que du côté sain.

La capsule radiale fait en arrière une saillie égale au tiers de son diamètre dans la pronation, et au cinquième dans la supination. On la sent et on la voit tourner. Elle se laisse sensiblement refouler de haut en bas, pour remonter dès que la pression cesse. Si l'avant-bras est dans la pronation, cette pression lui fait exécuter un mouvement de supination. Je remarque du côté sain la séparation du radius et de l'humérus, l'interligne est aussi plus appréciable dans la pronation. Cette luxation ne se réduit pas d'ailleurs complétement.

1854. — 14 février. Quinze mois et demi après la réduction, flexion et extension incomplètes. L'avant-bras se meut autour de la demi-flexion, et sa mobilité permet facilement les travaux d'aiguille, qui ont été repris. Les mouvements auraient donc moins d'étendue que précédemment. Ce n'est pourtant pas très-positif, la malade ne paraît pas se prêter de bonne grâce à l'examen. Elle est arrivée à un moment où elle ne serait pas fâchée, quoique fille d'un riche fermier, de faire

accepter par le chirurgien une certaine imperfection dans le résultat du traitement.

La luxation du radius est devenue très-évidente par l'hypertrophie de la tête de cet os.

Cette luxation me paraît remarquable:

1° Par l'extension exagérée de l'avant-bras, qui avait en quelque sorte retourné l'articulation, placé le coude en avant et le pli du bras en arrière : c'est le seul exemple que je connaisse de cette anomalie;

2° Par l'ancienneté de la lésion (trois mois);

3° Par la facilité de la réduction à l'aide de la rupture des adhérences par la flexion préalable, à l'aide aussi des tractions perpendiculaires et opposées, destinées à diminuer l'engrenage et le frottement des os;

4° Par la fracture d'abord inaperçue de l'olécrane et la guérison par cal osseux;

5° Enfin, par le rétablissement des mouvements.

— M. Guersant annonce qu'il a revu ce matin la malade à qui M. Lenoir a réduit une luxation du coude, et que, de même que chez la malade de M. Morel, le radius n'est pas revenu exactement à sa place. Ce léger déplacement du radius est du reste fréquent à la suite des luxations du coude les mieux réduites.

M. Morel-Lavallée fait observer qu'il ne tient pas le membre, après la réduction, dans une immobilité prolongée; il le maintient, il est vrai, dans la flexion, mais chaque jour il lui imprime des mouvements, pour s'opposer à la production d'une ankylose.

Installation du bureau. — Avant d'installer les nouveaux membres du bureau, M. Gosselin adresse à la Société le discours suivant :

Messieurs,

Qu'il me soit permis, avant de céder à mon honorable successeur le fauteuil de la présid nce, de vous remercier encore une fois de l'insigne honneur que vous m'avez fait le jour où vous m'y avez appelé. Si vos suffrages en s'adressant à moi ont cherché un cœur dévoué aux intérêts de la Société, un esprit convaincu de l'utilité de son but, laissez-moi vous dire qu'ils ne se sont pas trompés, que personne plus sincèrement que moi n'aime la Société de chirurgie et ne croit à la grandeur de son avenir. Si je n'ai pu vous offrir toutes les conditions qui eussent été nécessaires pour vous représenter dignement, si sur-

tout le talent et l'autorité m'ont fait défaut, j'ai essayé d'y suppléer par tout le zèle dont j'étais capable, et vous m'avez assez habitué à votre indulgence pour que j'ose espérer que mes efforts et ma bonne volonté vous auront suffi.

Si pourtant j'avais à faire oublier ma faiblesse, et s'il me fallait dans ce but trouver aujourd'hui quelques paroles qui pussent vous satisfaire, je n'en chercherais pas l'inspiration ailleurs que dans vos propres travaux et dans les souvenirs de l'année qui finit. Je rappellerais, ce que M. Marjolin a déjà fait beaucoup mieux que je ne le ferais moi-même, le nombre et l'importance de vos communications et de vos discussions chirurgicales. Je signalerais le bon esprit qui a animé ces dernières, je me plairais surtout à faire ressortir la bonne harmonie et la modération qui n'ont pas cessé d'y régner. Vous avez compris qu'une Société, pour être respectée au dehors, devait se respecter elle-même dans la personne de ses membres, et en aucune occasion votre président n'a eu à signaler ni trop de vivacité dans la forme ni trop d'amertume dans la pensée.

Je ferais remarquer ensuite combien la Société s'est fortifiée cette année par l'adjonction de ses nouveaux membres. Sur la liste de vos titulaires, vous avez ajouté le nom si honoré de M. Cazeaux ; sur la liste des associés étrangers, celui de l'illustre professeur Riberi (de Turin). Vous avez choisi pour correspondants nationaux MM. Legouest, de la chirurgie militaire, Desgranges et Bouchacourt (de Lyon), Bardinet (de Limoges), Clot-Bey, Coste et Pirondi (de Marseille), Drouineau (de la Rochelle) ; pour correspondants étrangers, MM. Hammer, Hannover, Williams Sands-Cox et Dupiéris. Et, si la juste réputation de ces nouveaux collègues vous donne le droit d'être fiers, combien n'avez-vous pas lieu de vous réjouir aussi en voyant le nombre et la valeur des confrères qui attendent encore vos suffrages ! La dernière place de membre titulaire dont le règlement vous permette de disposer est recherchée par huit jeunes chirurgiens qui tous l'occuperaient dignement. La liste des associés étrangers sera incessamment remplie par la nomination de trois membres, et, si les circonstances ne vous ont pas permis de le faire déjà, vous savez cependant par combien de titres sérieux se recommandent les hommes que la commission désignée à cet effet a l'intention de vous présenter. Enfin, de nouvelles demandes pour le titre de correspondant, avec des travaux remarquables à l'appui, vous ont été envoyées par sept chirurgiens étrangers et par dix chirurgiens français. Peut-être est-ce le moment de rappeler à ceux de nos collègues qui sont chargés de faire les rapports sur ces candidatures com-

bien il importerait de répondre bientôt à cet empressement qu'on met à venir à nous de tous côtés.

Et si ces justes sujets de satisfaction ne vous suffisaient pas encore, n'aimeriez-vous pas à m'entendre rappeler combien la Société de chirurgie a été secondée dans tout le cours de l'année par la coopération de ceux do nos collègues qui ont fait avec moi partie du bureau? Ne seriez-vous pas heureux d'entendre louer encore une fois le zèle et la persévérance avec lesquels M. le secrétaire général continue à se dévouer à l'administration de la Société? Ne vous plairiez-vous pas à reconnaître que vos procès-verbaux ont été rédigés par vos secrétaires avec plus d'exactitude, de précision et d'élégance que jamais? Et si, ouvrant discrètement les livres si bien tenus de notre trésorier, et anticipant sur le rapport qui vous sera présenté bientôt, je vous montrais que nos finances sont dans l'état le plus prospère qu'elles aient jamais présenté, ne serais-je pas certain cette fois d'avoir votre approbation? Visitons enfin ensemble, si vous le voulez bien, la bibliothèque; vous verrez qu'elle s'est enrichie par les dons que plusieurs d'entre vous ont bien voulu lui faire, et par ceux que plusieurs correspondants étrangers, notamment MM. Prescott et Herwett (de Londres) lui ont également adressés. Et en remerciant notre savant collègue M. Giraldès du soin et du zèle qu'il a apportés dans ses fonctions de bibliothécaire, vous regretterez sans doute avec moi qu'il n'ait pu les continuer plus longtemps.

Pourquoi faut-il cependant, messieurs, qu'à côté de ce tableau de la prospérité de la Société, j'aie à placer quelques paroles de tristesse! Nous avons perdu cette année un plus grand nombre de nos collègues que les années précédentes. Trois de nos associés étrangers, deux de nos honoraires sont descendus dans la tombe. Sans doute les noms de MM. Mayor, Guthrie et Bellinghal ajoutaient au lustre de la Société, et leur perte, sous ce rapport, est bien faite pour exciter tous nos regrets; mais du moins ils n'étaient pas aussi connus et appréciés de la plupart d'entre nous que l'étaient Gerdy et Vidal, et lo vide qu'ils laissent n'a pu être aussi vivement senti. Dans Gerdy, nous avons vu s'éteindre non-seulement un maître que nous aimions, un chirurgien dont nous respections également le savoir et la loyauté, mais encore un collègue qui, en venant s'asseoir au milieu de nous, a donné une éclatante approbation aux efforts et aux travaux de la Société de chirurgie. N'avez-vous pas remarqué avec quel plaisir Gerdy prenait part à nos discussions, et avec quelle simplicité cet orateur, partout ailleurs si fougueux et si passionné, venait ici exposer ses opinions, et nous

apporter le tribut de son expérience, et comme son visage, habituellement soucieux et sévère, devenait souriant en entrant dans cette salle, où il semblait trouver un peu du bonheur qui, en apparence du moins, lui avait manqué jusque-là? Sans doute vous l'attribuerez, et avec raison, cette métamorphose, aux égards que vous saviez rendre à son âge, à son talent, à une position élevée et à une santé délicate. Je l'attribue aussi à ce que Gerdy trouvait ici ce qui lui avait manqué dans sa jeunesse, une réunion où la science qu'il aimait était élaborée sans fiel et sans envie. Dans les luttes nombreuses auxquelles il a pris part et dont il est sorti victorieux, il n'a pas manqué de trouver des adversaires redoutables. Presque tous ses contemporains avaient été ses rivaux; et malgré lui, il s'est longtemps laissé aller à voir un ennemi dans tout chirurgien qui l'approchait. Parmi nous, il était heureux de trouver enfin des chirurgiens qui fussent ses amis. Je me plais à croire que si à l'époque des concours mémorables qui l'ont illustré, lui et tant d'autres, la Société de chirurgie eût existé, elle aurait rapproché et réuni dans ses paisibles discussions tous ces hommes éminents qui, faute de se connaître et de se voir, ont vécu trop aigris les uns contre les autres, et sont restés assombris par des rivalités incessantes qui, lorsqu'elles se continuent ainsi dans l'intervalle des grandes luttes, laissent au cœur beaucoup de tristesse et de mécontentement.

Dans Vidal, la Société a perdu un de ses fondateurs, un collègue chez lequel elle a pu souvent apprécier des connaissances étendues, un talent remarquable de discussion, une verve quelquefois railleuse, mais bienveillante; nous pouvons ajouter avec orgueil un savant qui, malgré l'immensité de ses travaux, n'a guère appartenu à d'autre société scientifique que la nôtre, et qui ne manquait pas d'inscrire en tête de ses titres celui de membre fondateur de la Société de chirurgie. En nous reportant aux derniers temps de la vie si courte de ce regrettable collègue, ne vous rappelez-vous pas avec émotion quel plaisir, lui aussi, il semblait chercher dans nos réunions? Affaibli et miné par une longue maladie, il ne reculait pas devant la distance à franchir, et il venait à presque toutes les séances; il prenait part à nos discussions, les éclairait de son savoir, les égayait parfois de ses saillies, et semblait retrouver un peu de vigueur et de vie dans les quelques moments heureux qu'il passait au milieu de nous. Pour Vidal enfin, comme pour Gerdy, ne trouvez-vous pas que la Société de chirurgie a été un lieu de consolation? et si notre Compagnie avait encore des détracteurs, ils se laisseraient toucher peut-être par ce dernier service qu'elle a pu rendre à des hommes estimés et regrettés de tous.

Mais pourquoi parler des détracteurs de la Société? Il n'en existe plus, si j'ai su bien recueillir tous les bruits du dehors ; il me semble que ceux qui autrefois nous blâmaient ou nous raillaient ont cessé de le faire; que les railleurs sont devenus indifférents; que les indifférents applaudiraient volontiers. Marchons toujours dans la même voie, messieurs; continuons à étudier sans amertume et sans jalousie les grandes questions chirurgicales; ne cessons pas de donner l'exemple de la concorde; sachons rendre nos réunions assez attrayantes pour nous y trouver heureux, et soyez sûrs qu'avant peu la Société de chirurgie n'aura plus que des approbateurs.

Après ce discours, M. Gosselin cède le fauteuil de la présidence à M. Chassaignac, qui adresse, au nom de la Société, des remercîments aux membres du bureau sortant, et spécialement au président, pour la direction qu'il a su imprimer aux travaux de la Société.

CORRESPONDANCE.

M. le maire du 10e arrondissement fait adresser des remercîments à la Société pour la somme importante qu'elle a fait verser pour les inondés.

— MM. Legendre, Béraud et Blot écrivent pour se porter candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

— M. Larrey dépose sur le bureau une observation de *gangrène spontanée de la jambe* adressée par M. Trudeau, aide-major de 1re classe à l'armée d'occupation à Rome. (M. Larrey est chargé de faire ce rapport.)

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Recherches anatomo-pathologiques sur la structure intime des tumeurs cancéreuses aux diverses périodes de leur développement; thèse inaugurale adressée par M. le docteur L. Ollier, pour le prix Duval.

Considérations pratiques sur la lithotritie et sur le diagnostic des calculs vésicaux, par M. le docteur E. Gouriet.

Du double virus syphilitique; thèse inaugurale adressée par M. Achille Dron, pour le prix Duval.

Nominations de commissions. — M. le président tire au sort les noms des membres de la Société qui feront partie des commissions pour la vérification des comptes de l'année précédente et des ouvrages contenus dans la bibliothèque de la Société.

La commission de vérification des comptes se composera de MM. Denonvilliers, Richard, Robert, Verneuil, Giraldès.

La commission chargée de vérifier l'état de la bibliothèque se composera de MM. Voillemier, Lenoir, Broca.

— La Société procède au scrutin pour la nomination d'une commission de trois membres chargée de poser la question du prix annuel.

MM. Larrey, Michon et Danyau ayant réuni la majorité des suffrages, composeront cette commission.

LECTURES.

M. le docteur Blot lit un mémoire intitulé *De la désarticulation de l'épaule dans un cas de version rendue impossible par l'engagement trop considérable de cette épaule et la rétraction violente de l'utérus.* (Commissaires : MM. Monod, Cazeaux, Danyau.)

— M. le docteur Béraud lit un mémoire *sur les diverticulums de la tunique vaginale.* (Commissaires : MM. Follin, Giraldès, Gosselin.)

— M. Rouyer lit un travail *sur les tumeurs du voile du palais constituées par l'hypertrophie des glandules salivaires.* (Commissaires : MM. Robert, Verneuil, Richard.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur du poignet. — Kyste osseux multiloculaire de l'extrémité nférieure du radius. — M. LARREY. Il y a quelques mois déjà, dans la séance du 27 février dernier, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société un malade de la ville portant au poignet gauche une tumeur d'un volume énorme, d'une nature indéterminée, dont le développement progressif et lent depuis une dizaine d'années, dû à une cause mécanique, n'avait altéré cependant ni la forme ni les mouvements de la main. Cette tumeur, d'une consistance ostéo-fibreuse dans la plus grande partie de son étendue, et fortement adhérente à sa base, offrait peu de chances de succès à l'extirpation, qui cependant me semblait devoir être tentée, sauf à pratiquer l'amputation de l'avant-bras, séance tenante, s'il fallait sacrifier le membre. Le malade, plein de résolution et préparé à tout, me demande instamment l'opération, qui est décidée pour le 25 juin; M. le professeur Cloquet veut bien m'assister de ses conseils et de sa présence; l'un de mes collègues du Val-de-Grâce, M. le professeur Mounier, se charge de la compression de l'artère humérale; et MM. les docteurs Cintrat, aide-major de l'hôpital, E. Martin, Gaujot et Judée, stagiaires de l'Ecole, me servent d'aides. L'un d'eux assure et surveille l'emploi du chloroforme.

Je commence par inciser circulairement la peau du sommet de la tumeur, et de cette incision elliptique partent trois autres incisions

destinées à découvrir la base et à ménager des lambeaux convenables. Cela fait rapidement, et pour apprécier tout de suite la nature du mal, ainsi que les chances de l'extirpation, je détache avec un bistouri très-fort la portion de la tumeur comprise dans l'incision elliptique, et formant une sorte de couvercle osseux assez mince. Il ne s'écoule pas de sang de l'intérieur, qui représente une excavation profonde, à cloisons multiples, remplies de sérosité roussâtre et traversées dans certains sens par des tendons. Un coup d'œil suffit pour nous assurer qu'il n'y a aucune possibilité de conserver la main ; et aussitôt je pratique l'amputation de l'avant-bras, immédiatement au-dessus des limites de la tumeur, c'est-à-dire à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur ou dans l'épaisseur des muscles. Cette amputation, faite par la méthode circulaire, n'offre rien de particulier, si ce n'est l'obligation de lier sept ou huit artères développées anomalement. La section des os, et spécialement du radius, n'indique aucune altération étendue jusque-là. Une suffisante quantité de peau permet de rapprocher les lèvres de la plaie, sans la moindre traction, par des bandelettes agglutinatives, et un pansement simple complète l'appareil.

Je présente le jour même à la Société la portion du membre amputé avec la tumeur, qui offre tous les caractères extérieurs d'un kyste osseux multiloculaire formé aux dépens du tiers inférieur du radius ; et je viens faire voir aujourd'hui les dispositions vraiment remarquables de la pièce anatomique, préparée avec beaucoup de soin par M. Gaujot, mon aide de clinique au Val-de-Grâce.

La tumeur, dont nous avons déjà décrit tous les caractères appréciables à l'extérieur, n'est pas moins curieuse à examiner dans ses rapports que dans sa nature. Voici l'état des parties successivement soumises à la dissection :

L'aponévrose s'est laissé distendre, comme la peau, sauf deux ou trois éraillures partielles correspondant aux bosselures amincies et dépressibles de la tumeur, qu'elle recouvre du reste complétement, ainsi que l'avant-bras.

Les muscles et leurs tendons se sont étrangement accommodés au développement de la tumeur et à la conservation des mouvements de la main. C'est ainsi que les muscles de la partie antérieure de l'avant-bras se trouvent étalés à la surface de la tumeur et insérés sur elle, au lieu de s'attacher au radius, qui n'existe plus, tout en conservant leur intégrité, leur aspect et leurs rapports. L'un d'eux cependant a subi une modification notable ; c'est le carré pronateur, dont les fibres charnues s'attachent directement sur la face antérieure de la tumeur,

en s'y épanouissant sous la forme d'un éventail. Le long supinateur est confondu, en bas, avec le tissu fibreux extérieur ou l'aponévrose d'enveloppe.

Tous les muscles des régions externe et postérieure de l'avant-bras traversent la base de la tumeur dans une étendue variable ; mais, par une disposition singulière, leurs tendons glissent largement sous des anneaux osseux développés aux dépens même de l'épaisseur du tissu morbide, et ils sont revêtus d'une membrane synoviale qui explique aussi la liberté de leurs mouvements. C'est ainsi que le long abducteur, le court et le long extenseur du pouce, passant à peu près vers le milieu de la tumeur, à travers un anneau ou canal commun, en sortent au-dessus du carpe poûr se rendre à leur destination. Ces tendons se sont trouvés coupés dans la résection de la coque osseuse faite préalablement à l'amputation. Les deux radiaux offrent tout à fait la même disposition, par rapport à une gouttière qui leur est propre. L'extenseur commun et l'extenseur propre du petit doigt, un peu refoulés en dedans, traversent, chacun dans sa gaîne, la portion de la tumeur qui surmonte le niveau de l'articulation radio-carpienne, en constituant une sorte de voussure au-dessus du carpe.

En définitive, les muscles et leurs tendons, dans leurs rapports avec cette énorme tumeur, se sont adaptés pour ainsi dire à son mode de développement et à sa structure elle-même, les uns, ceux de la région antérieure, en s'étalant à la surface ; les autres, ceux de la région postérieure, en la traversant dans son centre ou vers sa base, sans perdre leurs propriétés physiques et physiologiques.

Le nerf médian et le nerf cubital ont conservé leurs rapports.

L'artère cubitale ne montre non plus aucune particularité à signaler ; mais l'artère radiale, sans s'être séparée de ses muscles satellites, se trouve tout à fait déviée avec eux sur la face externe de la tumeur, et rampe immédiatement sur l'aponévrose, en subissant ainsi une sorte d'allongement ou de distension appréciable. L'artère interosseuse, très-développée, traverse le ligament, et passe en arrière dès sa rencontre avec la tumeur.

L'espace interosseux n'existe plus, du reste, dans la moitié inférieure de l'avant-bras ; et le cubitus, refoulé en dedans par la masse morbide avec laquelle il se trouve en contact, offre une saillie assez prononcée à son apophyse styloïde.

Quant à la tumeur, elle est constituée dans toute son étendue extérieure par une coque osseuse plus ou moins mince, inégale, bosselée, fragile et crépitante sous une pression un peu forte, comme certains

kystes de la mâchoire bien décrits par Dupuytren. Cette coque est recouverte à toute sa surface par un tissu fibreux dense, véritable périoste qui lui-même est revêtu d'une couche de graisse assez épaisse. Le kyste osseux produit de cette façon a disparu ou a été résorbé dans quelques points ramollis, dépressibles où il ne reste plus que l'enveloppe fibreuse. Ce kyste est évidemment formé aux dépens de l'extrémité inférieure du radius, depuis son extrémité articulaire jusqu'à une hauteur de 12 centimètres. L'os semble s'être transformé ainsi par une sorte d'expansion ou de boursouflement, désigné autrefois sous le nom de *spina ventosa*. Sa forme est à peu près globuleuse, plus développée à la région postérieure, surmontée d'une espèce de voûte ou de chapiteau rescisé dans l'opération; sa plus grande circonférence mesure 35 centimètres. L'extrémité articulaire du radius a conservé ses rapports avec le carpe, et l'articulation radio-carpienne est restée intacte.

L'intérieur du kyste présente une multitude de vacuoles ou d'anfractuosités de diverses grandeurs, de formes irrégulières, communiquant presque toutes les unes avec les autres et contenant de la sérosité roussâtre. Leurs parois sont constituées par une trame fibreuse dans l'épaisseur de laquelle se trouvent contenues des lames osseuses, et dans quelques points des amas de substance cartilagineuse. Au centre enfin, existe une excavation beaucoup plus large que les autres, renfermant un détritus rougeâtre de ce tissu ramolli et dégénéré. La même substance, diversement consistante et colorée, remplit quelques-unes des cellules sous forme de noyaux blanchâtres, d'apparence fibreuse ou cartilagineuse et de consistance pulpeuse, comme la matière encéphaloïde en voie de ramollissement. Hâtons-nous de dire cependant que le produit pathologique, examiné au microscope avec beaucoup d'attention, surtout par M. Ch. Robin, n'a offert nulle trace de l'élément cancéreux.

Nous pouvons donc enfin considérer cette énorme tumeur du poignet comme un kyste osseux multiloculaire de l'extrémité inférieure du radius (1).

Quant à l'état de notre opéré, il est aussi satisfaisant que possible. Nul accident n'est survenu; la suppuration s'est établie régulièrement; les ligatures sont tombées successivement du dixième au quinzième

(1) Trois dessins faits avec beaucoup d'exactitude par M. le Dr Judée, représentent la tumeur en place, dans son entier développement et dans ses rapports, sous deux faces, avec les muscles de l'avant-bras.

jour; le moignon est aujourd'hui en voie de cicatrisation, et il se prêtera bien à l'application d'une main artificielle.

M. Maisonneuve présente à la Société un homme à qui il a pratiqué il y a six ans la résection du coude gauche pour une lésion traumatique. Les extrémités articulaires de l'humérus, du radius et du cubitus ont été enlevées, à l'exception d'une petite portion de l'olécrâne adhérente au tendon du triceps. Le membre jouit de tous ses mouvements naturels, et le malade s'en sert comme s'il n'avait éprouvé aucun accident.

— La séance est levée à cinq heures e dtemie.

Le secrétaire, Desormeaux.

Séance du 16 juillet 1856.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac présente un malade qui était affecté d'une fracture en V du tibia du côté gauche. Cette fracture, qui est parfaitement consolidée, a été traitée au moyen de la cuirasse emplastique hebdomadaire.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les tomes suivants des *Mémoires des Curieux de la nature :*

Tome X, pars 1. 1820. — Tome XIII, pars 1, 1826. — Tome XIV, pars 2, 1825. — Tome XIV, pars 1, 1828; pars 2, 1829. — Tome XV, pars 1, 1831. — Tome XVI, pars 1 et pars 2, 1833. — Tome XVIII, pars 2, 1848. —Tome XXII, supplément, 1852. — Tome XXIII, pars 2, 1852. — Tome XXIV, supplément, 1854. — Tome XXV, pars 1, 1855.

Des remercîments seront adressés au président de la Société.

— M. Cabanellas adresse le compte rendu de l'*Association des médecins de la Seine* pour l'année 1855.

— M. Broca offre à la Société, au nom de M. le docteur Faure, un mémoire intitulé *Considérations générales sur le traitement de l'asphyxie.*

D'après son titre, ce mémoire pourrait paraître étranger à l'objet habituel des travaux de la Société; aussi M. Broca croit-il devoir entrer dans quelques détails pour montrer en quoi il peut offrir de l'intérêt au point de vue chirurgical. Il a assisté à quelques-unes des expériences de M. Faure, de sorte qu'il peut personnellement garantir l'exactitude des faits suivants :

M. Faure a fait la plupart de ses expériences sur des chiens. Pour produire l'asphyxie, il leur ouvre la trachée et introduit dans l'ouverture une canule à laquelle est adaptée une vessie pleine d'air; de sorte que l'animal respire toujours le même air, dans lequel la proportion d'oxygène diminue à mesure que le gaz acide carbonique devient plus abondant. Dans ces expériences, M. Faure a été frappé de ce fait que le moment où la vie commence à être en danger est précédé d'une période d'anesthésie prolongée, et il pense que ce fait doit avoir une certaine importance dans la théorie de l'action des anesthésiques. L'anesthésie commence, en général, au bout de quatre à cinq minutes d'inhalation de l'air confiné, et suit constamment la même marche. Elle apparaît d'abord dans les membres et gagne de proche en proche le tronc, qu'elle finit par envahir complétement; les parties latérales du thorax, voisines des aisselles, sont les dernières à conserver de la sensibilité. Lorsque l'anesthésie est complète, l'animal n'est pas encore en danger de mort, et l'on peut continuer l'expérience pendant assez longtemps sans que pour cela la vie s'éteigne. Un autre résultat bien curieux de ces expériences, et qui mérite d'être étudié chez l'homme au point de vue de l'utilité qu'on pourrait en tirer dans les opérations où l'on emploie le chloroforme, ce sont les changements qui se passent dans l'iris. La pupille se dilate dès que l'anesthésie commence, et cette dilatation augmente en raison des progrès de l'anesthésie, permettant ainsi de juger à tout moment de l'état de l'animal sur lequel on expérimente et du danger qu'il peut courir. D'après les expériences auxquelles M. Broca a assisté, le chien peut être rappelé à la vie tant que son iris présente plus de deux millimètres de largeur; passé cette limite, la mort est certaine. Du reste, cette anesthésie est tellement complète que, sur un des chiens soumis à l'expérience, M. Broca a pu disséquer une tumeur énorme qui occupait une grande partie de la paroi abdominale et enveloppait la verge, sans que l'animal donnât aucun signe de douleur. Lorsque la sensibilité revient, elle se montre successivement dans les différents points du corps, en suivant l'ordre inverse de l'apparition de l'anesthésie. Ainsi elle reparaît d'abord sur le tronc, et gagne de proche en proche jusqu'aux extrémités. On peut

prolonger à volonté l'état anesthésique en enlevant et replaçant l'appareil.

— M. Larrey présente à la Société une série de dessins qui reproduisent la pièce qu'il a montrée dans la dernière séance.

RAPPORT.

M. Verneuil lit la seconde partie de son rapport sur les travaux de M. Decès (de Reims).

— A quatre heures et demie, la Société se constitue en comité secret.

Le secrétaire de la Société, Desormeaux.

Séance du 23 *juillet* 1856.

Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Denonvilliers écrit à la Société pour demander le titre de membre honoraire de la Société, en vertu de l'article VI du règlement. Cette demande est accordée.

LECTURE.

M. le docteur Legendre présente un mémoire sur l'anus contre nature. Ce mémoire étant trop considérable pour être lu en entier, M. Legendre en lit une analyse. (Commission, MM. Follin, Morel-Lavallée, Gosselin.)

RAPPORT.

M. Verneuil donne lecture de la suite de son rapport sur les travaux de M. le docteur Decès (de Reims).

— A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire de la Société, Desormeaux.

Rapport sur l'état de la bibliothèque de la Société de chirurgie.
(Juillet 1856.)

Par MM. Lenoir, Voillemier et Broca, rapporteur.

Messieurs,

Notre honorable collègue M. Giraldès, après avoir rempli pendant trois ans les fonctions de bibliothécaire archiviste, a récemment donné sa démission, et vous vous êtes vus, bien à regret, obligés de lui élire un successeur. A l'occasion de ce changement, vous avez désigné une commission chargée de vous faire un rapport sur les résultats de l'administration de M. Giraldès.

Nous sommes heureux de pouvoir vous dire, messieurs, que votre bibliothèque est en pleine prospérité, aussi bien sous le rapport des richesses qu'elle renferme, que sous le rapport de l'ordre admirable qui y règne. Depuis quelques années elle a subi un accroissement considérable. Beaucoup d'auteurs vous ont fait hommage de leurs ouvrages; plusieurs académies ou sociétés savantes vous ont envoyé leurs publications en échange des vôtres; enfin vous avez reçu des membres de la Société un grand nombre de dons, soit en argent, soit en livres. Aujourd'hui vous possédez de précieuses monographies, quelques ouvrages extrêmement rares, plusieurs grandes et importantes collections, et surtout un très-riche recueil de brochures chirurgicales qu'on se procurerait difficilement ailleurs.

Votre commission, messieurs, ne saurait trop louer l'habileté et le dévouement avec lesquels M. Giraldès s'est acquitté de la tâche que vous lui avez confiée. Lorsque, il y a trois ans, notre collègue accepta les fonctions ingrates de bibliothécaire, vous conserviez déjà un grand nombre de volumes et d'innombrables brochures; mais ces richesses étaient en quelque sorte perdues pour vous, car vous n'aviez point de catalogue, et les brochures, empilées sans ordre dans les armoires, étaient à peu près introuvables. M. Giraldès, avec un zèle et une persévérance qui lui donnent des droits à la reconnaissance de la Société, a fait de l'ordre au milieu de ce chaos. Aujourd'hui vous possédez deux catalogues, l'un pour les volumes et les collections de journaux, l'autre pour les brochures et les opuscules. Le premier de ces catalogues est disposé sous forme de registre; le second sous forme de cartes séparées, classées dans des tiroirs suivant l'ordre alphabétique. Cette première partie de l'œuvre du bibliothécaire était peut-être la

plus fastidieuse, mais n'était pas la plus difficile ; c'était un travail de patience, et si notre collègue s'en était tenu là, nous devrions déjà lui savoir gré du temps qu'il a sacrifié pour nous. Mais il a voulu faire plus encore, et il n'a pas reculé devant la difficulté d'un classement par ordre de matières.

Les brochures ont été méthodiquement distribuées par sujets dans un grand nombre de cartons spéciaux, de telle sorte que chacun de nous peut en un instant avoir sous la main tout ce que nous possédons sur chaque question particulière. C'est un avantage qu'on chercherait vainement dans la plupart des bibliothèques, et il serait superflu de dire combien cela sera profitable pour nos recherches.

Cette œuvre de pur dévouement, où notre collègue ne pouvait trouver ni gloire ni profit, venait à peine d'être terminée, lorsque nous avons appris qu'il renonçait à des fonctions devenues désormais beaucoup plus légères. Après avoir écarté les épines, il laisse à son successeur une route commode et facile.

Votre commission a pleine confiance dans les lumières et le zèle bien connu du nouveau bibliothécaire; néanmoins elle ne peut s'empêcher de regretter que M. Giraldès ait refusé d'occuper plus longtemps un poste où il nous a rendu de si grands services. En conséquence, nous vous proposons d'exprimer à la fois à notre collègue nos regrets et notre reconnaissance, et de mentionner au procès-verbal qu'il a bien mérité de la Société de chirurgie.

Séance du 30 *juillet* 1856.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Sylvestre présente au nom de M. Voillemier un homme qui a été renversé par une voiture, dont la roue lui a passé sur la cuisse droite. Le malade offre à la partie supérieure de la cuisse, sur les faces antérieure et interne, une tumeur sanguine arrondie, de 20 centimètres environ de diamètre. M. Voillemier compte l'opérer par la ponction capillaire.

M. Morel-Lavallée rappelle le mémoire qu'il a publié sur ce genre

de tumeurs. Le liquide qu'elles contiennent est de la sérosité, tantôt limpide et contenant à peine quelques globules sanguins, tantôt d'un rouge plus ou moins foncé et même noir, par suite du mélange d'une forte proportion de sang. Ces épanchements guérissent très-facilement par la ponction suivie d'une compression méthodique. Ordinairement ces tumeurs sont incomplétement remplies, de sorte qu'on peut y sentir le flot du liquide comme dans l'ascite ; dans le cas présent M. Morel fait observer que ce signe manque par suite de l'état de plénitude de la poche, et de l'engorgement des parties voisines.

M. Voillemier dit qu'il a présenté son malade uniquement pour faire constater le volume de la tumeur, qu'il compte opérer par un procédé entièrement nouveau. Il le ramènera à la prochaine séance pour montrer le résultat de l'opération.

— M. Chassaignac présente un malade dont il rapporte ainsi l'histoire : Ce jeune homme a reçu, dans la région du carpe, que l'on désigne sous le nom de *tabatière anatomique*, un morceau de verre qui a divisé l'artère radiale et le tendon du long extenseur du pouce. L'hémorrhagie a été arrêtée par la ligature de l'artère, mais les deux bouts du tendon se sont cicatrisés isolément, de sorte que le pouce se trouvait fléchi et ne pouvait être étendu. Trois mois après l'accident, M. Chassaignac, après avoir découvert le tendon par une incision longitudinale, a fait l'avivement de ses deux bouts et les a réunis au moyen de plusieurs points de suture, passés à des hauteurs différentes. Une inflammation assez vive s'est déclarée dans la gaîne du tendon et a produit plusieurs abcès, néanmoins la réunion a eu lieu, mais la cicatrisation n'a été complète qu'au bout de cinq semaines. Aujourd'hui le pouce jouit de ses mouvements d'extension. M. Chassaignac ajoute que l'on a rapporté un certain nombre de cas de suture de tendons dans des plaies récentes, mais que rarement on l'a faite pour une lésion ancienne après la cicatrisation des parties divisées.

M. Monod fait observer que l'extension n'est pas complète.

M. Chassaignac répond que la guérison est encore récente, et que l'on a tout lieu d'espérer que l'amélioration fera encore des progrès, d'autant plus que l'électricité, appliquée à l'extenseur, a produit des mouvements beaucoup plus étendus que ceux qui sont le résultat de la volonté du malade.

— M. Huguier présente une femme à qui il a enlevé un cancer épithélial, étendu à toute une moitié de la langue, à une portion du voile du palais et à la gencive du côté correspondant. Pour pratiquer cette

opération, après avoir divisé la lèvre sur la ligne médiane, il a fait la section du maxiliaire inférieur ; les deux moitiés de l'os étant écartées, il a passé des fils à la base de la langue pour se rendre maître de l'hémorrhagie, puis il a divisé l'organe d'avant en arrière, et a terminé en séparant les parties malades, y compris la portion attaquée du voile du palais et de la muqueuse gengivale. C'est la seconde opération de ce genre que M. Huguier pratique avec succès. La malade est complétement guérie, toutes les parties molles sont bien souples, et les deux moitiés du maxillaire sont réunies.

M. Larrey demande si M. Huguier a suivi le premier procédé de M. Sédillot, dans lequel la section de l'os est faite verticalement sur la ligne médiane, ou le deuxième, c'est-à-dire la section oblique.

M. Huguier répond qu'il a fait la section verticale.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. le président rappelle que dans le comité secret qui a suivi la dernière séance, M. Broca a fait un rapport, d'où il résulte que la bibliothèque de la Société se trouve dans l'état le plus prospère, que, grâce aux soins de M. Giraldès, il y règne un ordre parfait, et que des catalogues complets permettent d'y faire des recherches avec la plus grande facilité.

M. Larrey s'associe aux regrets de la commission de voir M. Giraldès renoncer à des fonctions dans l'exercice desquelles il a rendu tant de services, et propose à la Société de lui conférer, en signe de reconnaissance, le titre de bibliothécaire honoraire.

M. Giraldès remercie M. Larrey et la Société, qui s'est associée à sa proposition ; mais il déclare qu'il ne peut accepter le titre de bibliothécaire honoraire, qui lui paraît contraire au règlement, et qu'il lui suffira du témoignage si honorable qui lui a été rendu.

Nomination d'associés étrangers. — Dans le même comité secret, M. Larrey a fait un rapport sur les nominations à trois places vacantes d'associés étrangers. Dans ce remarquable travail, M. le rapporteur a fait un exposé complet des travaux de chacun des savants proposés au choix de la Société de chirurgie.

La Société décide que ce rapport sera conservé dans ses archives, et, adoptant les conclusions de la commission, elle nomme, à l'unanimité, MM. Bernard Langenbeck, Porta et Vrolick père associés étrangers.

CORRESPONDANCE.

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. le maréchal ministre de la guerre, chargé par *interim* du département de

l'instruction publique. Dans cette lettre, M. le maréchal informe qu'il a accordé à la Société de chirurgie, à titre d'encouragement, la somme de cinq cents francs.

Une lettre de remerciments sera adressée à M. le maréchal ministre de la guerre.

— La Société reçoit la consultation faite pour M. le docteur Andreux (de Bar-le-Duc), au nom de la Société des médecins du département de la Seine.

M. GOSSELIN communique à la Société une lettre de M. Bidart (d'Arras) *sur une luxation ancienne du coude réduite par un procédé nouveau, qui a consisté dans la suspension par les mains répétée chaque jour pendant assez longtemps.* (Commission : MM. Lenoir, Michon et Gosselin.)

M. MOREL-LAVALLÉE désirerait savoir si avant d'en venir à ce procédé, M. Bidart a fait des tentatives de réduction au moyen du chloroforme.

M. LARREY demande si l'auteur ne s'est pas inspiré du procédé de la *porte* décrit par les anciens.

M. GOSSELIN déclare qu'il n'a reçu aucun détail qui le mette à même de répondre.

Cancer érectile du tibia. — M. le docteur SIRUS PIRONDI, chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Marseille, membre correspondant de la Société de chirurgie, envoie un travail intitulé *Nouveau fait pour servir à l'histoire du cancer érectile des os*, accompagné d'une pièce anatomique à l'appui.

M. le secrétaire général donne lecture de ce travail, dont nous reproduisons un extrait :

« I. Le 9 mars 1856, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Marseille (salle Sainte-Catherine, n° 8) la demoiselle Boucon, née à Besançon et âgée de trente-six ans. Elle paraît douée d'une vigoureuse constitution, et déclare n'avoir été atteinte d'aucune maladie grave aiguë ou chronique jusqu'à l'époque actuelle. On ne peut, du reste, obtenir aucun renseignement *ascendant* bien positif, attendu que Boucon n'a connu, en fait de parents, que sa mère, et l'a perdue à l'âge de cinquante ans, sans pouvoir préciser la nature de la maladie à laquelle elle a succombé.

» Dans le courant du mois de septembre 1854, Boucon a éprouvé quelques douleurs vagues à une épaule, aux reins et aux jambes, plus particulièrement à la gauche. Ces douleurs, qualifiées alors de rhumatismales, cessèrent bientôt, et pendant un an n'ont pas reparu.

» En septembre 1855, les douleurs reparaissent, mais limitées à la jambe gauche, et accompagnées cette fois d'une toute petite tumeur dure, résistante et placée, d'après les indications de la malade, au tiers supérieur de la jambe, sur la face interne du tibia. Ces douleurs sont plus fortes que lors de leur première apparition ; elles s'aggravent considérablement avec la marche, et paraissent avoir présenté, cette fois encore, le caractère rhumatismal : on les a du moins jugées et traitées comme telles.

» Ces douleurs augmentent lentement jusqu'à la fin de décembre 1855, époque à laquelle Boucon glisse et tombe dans un escalier. Pendant la chute, qui n'a pourtant pas porté directement sur la jambe, la malade ressent un *craquement* très-prononcé dans le membre, et précisément sur le point où existait déjà la petite tumeur, qui dès ce moment a pris un développement considérable, et a acquis à peu près le volume qu'elle a offert à notre observation deux mois plus tard. La marche devient de plus en plus difficile ; la station est aussi pénible que la marche.

» Après avoir inutilement employé les frictions calmantes et résolutives de toutes espèces, des cataplasmes, des sangsues même, et différents remèdes internes, notamment des purgatifs, la demoiselle Boucon se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

» II. *Etat de la tumeur le 10 mars 1856.* — Large et un peu plate, située sur la face interne du tibia, à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen, la tumeur mesure 0,15 centimètres transversalement et 0,12 selon l'axe du membre (la circonférence totale du membre est de 0,34); on la dirait bilobée ou partagée en deux partie inégales par la crête du tibia, la partie interne plus large et plus proéminente que l'externe. La peau est lisse, tendue et se laisse facilement déprimer. La tumeur présente conséquemment une certaine mollesse avec fluctuation profonde. La crête du tibia est déviée en dehors, et présente une solution de continuité ; de telle sorto que le tiers supérieur de la face externe de l'os se trouve, par rapport au tiers moyen, sur un plan plus rapproché du péroné. La différence est à peu près de 8 millimètres.

» Le toucher perçoit des pulsations très-distinctes, assez fortes et parfaitement isochrones aux battements du cœur et des artères radiales. Les battements sont très-visibles, même à distance. L'auscultation y perçoit un bruit de souffle assez prononcé. Les pulsations cessent complétement dès que l'on comprime la crurale, la tumeur s'affaisse alors et diminue de volume, pour le reprendre aussitôt que cesse la compression de l'artère. Les douleurs éprouvées par la malade sont

peu prononcées, nullement lancinantes, elles sont ressenties plus particulièrement la nuit, et au-dessous de la tumeur du côté des malléoles. Boucon garde le lit.

» *Diagnostic.* — En présence de ces symptômes, je crois pouvoir diagnostiquer un anévrisme; et ne pouvant en placer le siége sur la tibiale antérieure après son passage au-dessus du ligament interosseux (puisqu'en ce cas le tibia eût été déjeté en dedans et écrasé, pour ainsi dire, sous la tumeur, au lieu d'être poussé en dehors et de faire saillie sur elle), j'indique le canal médullaire, et par conséquent l'artère nourricière de l'os comme devant être le point de départ de l'anévrisme. Toutefois, ce n'était pas sans une certaine hésitation que je portais ce diagnostic; les anévrismes des os sont si rares, et les travaux sur la matière sont tellement peu concluants et positifs, que j'étais pour ainsi dire livré sans guide à mon inspiration propre.

» C'est alors qu'après un examen plus approfondi et réitéré chaque jour, je modifiai peu à peu mon impression première, et déclarai aux élèves qu'il ne s'agissait pas ici d'un anévrisme ordinaire, qu'il y avait sans doute formation de tumeur érectile avec lésion plus ou moins profonde de l'os, et qu'on ne pouvait espérer que la ligature de la fémorale, conseillée par la plupart des honorables collègues qui avaient examiné la malade avec moi, fournît aucun heureux résultat, en supposant que l'opération elle-même fût suivie de succès. De toutes manières, le pronostic était grave, et le chirurgien se trouvait dans l'alternative de proposer immédiatement l'amputation du membre ou d'abandonner la maladie aux seules ressources de la nature, ce qui eût été, en ce cas, vouer la malade à une mort certaine.

« III. *Traitement.* — J'ai déjà dit pourquoi j'ai écarté de suite l'idée de lier la crurale. Les rares exemples de ligatures pratiquées dans ces conditions ne sont guère encourageants. Dans les cas les plus heureux la guérison n'a été que temporaire, et les battements ont reparu dans la tumeur au bout de quelques mois.

» Je songeai donc aux injections de perchlorure de fer, intimement convaincu d'ailleurs que cet essai ne pouvait nullement aggraver l'état de la malade.

» *Première injection, pratiquée le 6 avril.* — Après m'être entouré de toutes les précautions possibles, j'ai fait comprimer la crurale, et après avoir planté le petit trocart au centre et à la partie la plus culminante de la tumeur, j'ai injecté 15 gouttes de liquide, ayant soin d'en disséminer chaque fois 5 gouttes dans un endroit différent.

» Je dois noter immédiatement que le premier jet de sang issu de la

canule du petit trocart ne nous parut pas aussi rutilant qu'on pouvait s'y attendre. C'était un sang peu *globulisé*, ou plutôt mêlé à une forte proportion de sérosité.

» Aucune douleur vive, sauf une légère cuisson, n'a été ressentie par la malade pendant l'opération. Aucun symptôme de la plus légère inflammation ne s'est manifesté après.

» La compression de la crurale a été continuée pendant deux heures après l'injection, et reprise deux fois dans la même journée, exercée tantôt par le compresseur, tantôt par les mains de la malade elle-même, assez intelligente pour saisir l'utilité de cette manœuvre.

Pendant les quinze premiers jours qui ont suivi l'opération, on est revenu à cette compression intermittente au moins deux fois par jour, et chaque fois elle a été maintenue pendant une heure.

» Pendant le même laps de temps, on s'est abstenu de trop palper la tumeur, d'après la sage recommandation des chirurgiens de Lyon, notamment de M. Valette; et, je le répète encore, aucun accident n'a suivi cette première injection. Mais en revanche, nous avons constaté avec un sentiment de vive satisfaction :

» 1° Que la tumeur s'est un peu affaissée;

» 2° Qu'elle a durci sur toute sa surface ;

» 3° Qu'il y a cessation presque complète de toute pulsation et disparition du bruit de souffle ;

» 4° Que la malade ne ressent plus aucune douleur, même en se permettant quelques légers mouvements de la totalité du membre. Mais cette amélioration n'a pas été de longue durée.

» Le 28 avril, tous les symptômes caractéristiques ont reparu. Les battements sont petits, profonds, mais existent et se sentent très-facilement. Le bruit de souffle est encore perceptible; la tumeur se ramollit de nouveau ; elle augmente un peu de volume du côté externe, vers le péroné; sa circonférence mesure 0,36 centimètres; la malade y éprouve encore de légères douleurs.

» *Deuxième injection.* — Encouragé par les résultats, du moins inoffensifs, do la premièro injection, j'en pratique une seconde le 3 mai, et j'introduis 26 gouttes de perchlorure de fer, ayant soin de les disséminer à la partie profonde et moyenne, à la partie externe et à la partie interne de la tumeur, entourant d'ailleurs la malade des mêmes précautions que la première fois.

» Pendant l'opération, Boucon accuse des douleurs assez vives à la partie la plus déclive de la tumeur, s'irradiant vers les malléoles. Ces douleurs se prolongent pendant trois heures, et résument toutes les

conséquences de cette deuxième tentative. Point de réaction ni générale ni locale ; pas la moindre rougeur autour de la partie malade ; point d'abaissement de la température dans le membre ; il y aurait plutôt augmentation de chaleur, mais presque insensible.

» La compression intermittente de la crurale est continuée jusqu'au 20 mai, et à cette époque on constate :

» 1° Une induration considérable de toute la tumeur ;

» 2° La cessation complète des battements et du bruit de souffle. Toutefois, la tumeur augmente de volume ; elle mesure bientôt 0,37, puis 0,38 ; enfin, 0,39 centimètres de circonférence.

» La face externe du tibia est de plus en plus déjetée en dehors ; on sent une large esquille qui est complétement détachée de la crête de l'os.

» La tumeur s'étend en arrière et soulève les muscles jumeaux ; elle n'est plus limitée en dehors que par le péroné, qui paraît intact ; elle se ramollit, et la fluctuation y devient manifeste. Les battements ne reparaissent pas, mais on perçoit profondément une espèce de bruissement sans souffle. La malade accuse un fourmillement général fort incommode et qui l'empêche de reposer comme par le passé. D'ailleurs, elle commence à se décourager, perd l'appétit et le sommeil ; il devient urgent de prendre un parti extrême. L'amputation paraît la seule ressource à laquelle on puisse et doive maintenant faire appel.

» Toutefois, M. Richet se trouvant en ce moment à Marseille, j'ai voulu soumettre ce fait intéressant à l'examen de notre savant collègue, sûr d'avance qu'il pouvait y avoir double profit, d'abord pour la pauvre malade, et ensuite pour la science.

» La tumeur est de nouveau examinée le 1er juin, et M. Richet constate, comme nous, quelques battements extrêmement faibles, ou pour mieux dire, un bruissement profond, qui cesse complétement dès que l'on comprime la crurale. Sous l'influence de cette compression, la tumeur, dure et tendue, se ramollit immédiatement et s'affaisse, pour reprendre ensuite son volume et sa consistance ordinaires dès que la compression cesse ; destruction d'une partie du tibia et possibilité de fléchir la jambe en la pressant aux deux extrémités, de sorte que la continuité du membre ne semble plus maintenue que par le péroné, qui sert ainsi de tuteur.

» Cependant M. Richet, s'appuyant sur cette circonstance assez remarquable, en effet, que la force des battements n'est pas en rapport avec le développement et la mollesse de la tumeur, et qu'en cessant la compression de la crurale le flot ne se reporte pas avec violence et

promptitude dans le sac (comme on devrait s'y attendre), mais y arrive, au contraire, lentement et par gradation; fort d'ailleurs d'un assez grand nombre de faits recueillis dans ces derniers temps, et qui ont été l'objet d'une discussion récente à la Société de chirurgie lors du rapport sur la candidature de M. le docteur A. Richard, M. Richet conclut, comme nous, qu'il n'y a ici espoir de salut pour la malade que dans l'amputation du membre. Mais il diagnostique un *cancer érectile* de l'os, et précise avec une remarquable clarté les désordres que l'on trouvera dans le membre si la malade se soumet à l'opération.

» IV. *Amputation.* — L'altération du tibia s'étendant probablement aux tubérosités, d'après la position et l'envahissement successif de la tumeur, on ne pouvait songer à l'amputation de la jambe. Il fallait donc opter entre la désarticulation du genou et l'amputation de la cuisse.

» Malgré la gravité généralement admise pour la désarticulation fémoro-tibiale, j'avoue que de prime abord je lui accordai la préférence, encouragé par un succès récent dont je rendrai compte dans un autre travail (1).

» En réfléchissant néanmoins au mauvais état probable des parties molles et à la possibilité de quelques fusées de fâcheuse nature pouvant remonter près de l'articulation (probabilité déjà admise par M. Richet), nous avons opté pour l'amputation de la cuisse, et je l'ai pratiquée le 3 juin par la méthode circulaire et le plus bas possible.

» Diverses circonstances ont fixé notre attention pendant l'opération, et je crois utile de les signaler avant de passer à la description anatomo-pathologique de la tumeur.

» 1° La crurale est d'un volume si considérable, que la compression exercée avec beaucoup de soin et d'intelligence par un de nos internes ne peut arrêter l'hémorrhagie, et je pris le parti de lier immédiatement le vaisseau avant d'achever l'opération.

» 2° Les vaisseaux nourriciers du corps du fémur sont tellement considérables que la section de l'os donne lieu à une hémorrhagie par le canal médullaire, qui réclame à diverses reprises la compression directe et prolongée.

» 3° Des deux artères musculaires (superficielle et profonde), je n'en

(1) Notes cliniques recueillies dans mon service chirurgical pendant l'année 1856.

ai trouvé qu'une, et encore d'un calibre tellement limité qu'on pouvait la prendre pour une des perforantes.

» En résumé, nous n'avons appliqué que trois ligatures, dont une avant la section de l'os et deux après pour des artérioles insignifiantes. La crurale et les nourricières semblent conséquemment avoir constitué à elles seules chez notre malade les principaux vaisseaux de la cuisse.

» V. *Autopsie de la tumeur* (1). — La circonférence de la tumeur dans son plus grand diamètre mesure 0m395; la distance qui sépare la limite supérieure de la tumeur du bord inférieur de la rotule est de 0m 065. Le centre de la tumeur se trouve placé sur une ligne qui, partant du bord interne de la rotule, aboutirait à l'extrémité du gros orteil.

» La peau qui recouvre la tumeur, lisse, mince et fortement tendue, se laisse facilement détacher des parties sous-jacentes. En la soulevant, on aperçoit les muscles dits de la *patte d'oie* insérés à l'angle supérieur et interne de la tumeur.

» La crête antérieure du tibia n'existe plus; on sent vers le milieu et en dehors du centre de la tumeur deux esquilles osseuses qui crépitent facilement.

» Les muscles de la face externe de la jambe sont fortement soulevés.

» En ouvrant la poche, il s'échappe une sérosité roussâtre très-abondante; les parois sont très-minces, les muscles atrophiés.

» Le cul-de-sac de la tumeur arrive à 0,14 au-dessus du cou-de-pied; la longueur totale de la poche est de 0,21.

» Le tibia, extrêmement friable, se brisant sous le bistouri, est détruit transversalement en emporte-pièce et dans une étendue de 0,06. Plusieurs esquilles sont attachées à la paroi interne de la poche. La continuité de l'os n'est maintenue que par un isthme fort mince.

» La tumeur renferme plusieurs caillots de différentes grosseurs; un des plus considérables, offrant le volume d'un œuf de pigeon, est placé dans le voisinage de la dernière piqûre faite avec la canule à injection; on trouve aussi dans la tumeur plusieurs fragments coagulés de matière solidifiable et colorée avec laquelle on a injecté la poplitée. Un réseau vasculaire extrêmement riche tapisse la face interne de la poche.

---

(1) J'ai confié le soin de cette préparation au zèle aussi intelligent que dévoué de M. Broquier, chef interne à l'Hôtel-Dieu.

Mais tous les tissus sont ramollis, en grande partie détruits et mêlés à un magma noirâtre, au milieu duquel le microscope a trouvé des *cellules cancéreuses*.

» Les tubérosités du tibia sont creusées, ainsi que le canal médullaire, dans toute la longueur duquel on trouve des caillots fibrineux qui paraissent mêlés à une certaine quantité de cette même substance coagulable qui a servi à injecter la poplitée. Le ligament inter-osseux est détruit, le péroné intact.

» La tumeur s'étend en arrière et *creuse* sous les gastrocnémiens ; sa profondeur totale est de 0,085.

» Les artères tibiales antérieure et postérieure sont intactes ; nulle trace de la nourricière de l'os.

» VI. Réflexions. — En présence de ces graves désordres, le diagnostic d'un *cancer érectile* se trouve complétement confirmé, de même qu'ils justifient l'opération grave à laquelle on a dû soumettre la malade.

» Mais il est un certain nombre de questions qui se présentent encore à l'esprit du chirurgien, et, s'il ne nous est pas permis de les résoudre, nous devons au moins les poser.

» La tumeur a-t-elle débuté par un cancer, par une trame érectile, ou par un anévrisme siégeant d'abord dans le canal médullaire et ayant son point de départ dans l'artère nourricière? En d'autres termes, faut-il considérer ici le cancer comme complication ou comme premier acte du drame qui s'est déroulé dans cette région?

» Le véritable cancer des os suit ordinairement une autre marche. Il n'est pas entouré d'un réseau vasculaire capable d'en imposer pour un anévrisme. Il ne peut donner lieu à la formation d'une poche renfermant une aussi grande quantité de liquide ; et d'ailleurs il est accompagné par un élément *douleur* très-prononcé, qui a fait ici à peu près complétement défaut (1).

» La maladie a débuté par le canal médullaire ; le récit de la malade ne laisse, pour ainsi dire, pas de doute à cet égard, si l'on réfléchit surtout à ce fait important que la coque de l'os, déjà amincie, a tenu bon, et limité la tumeur jusqu'au moment où, par suite d'une

---

(1) La plupart de ces objections peuvent s'adresser aussi à la supposition d'un kyste médullaire ou de tubercules osseux. Il est évident qu'on ne saurait expliquer alors, entre autres choses, les pulsations de la tumeur, leur isochronisme avec les battements du pouls, et leur complète disparition par la compression de la crurale. »

chute, la paroi osseuse a dû céder et livrer passage à une partie du contenu.

» Si, jugeant par analogie, on peut supposer que l'artère nourricière du tibia, qui est naturellement une des plus grosses nourricières du corps, eût ici une proportion adéquate à celles du fémur, il est peut-être permis de croire que cette circonstance anatomique n'a pas été étrangère au développement d'une tumeur érectile dans le canal médullaire.

» Mais il resterait encore à expliquer pourquoi ces sortes de tumeurs érectiles sont compliquées d'une dégénérescence cancéreuse de l'os, et se compliquent rarement de diathèse cancéreuse.

» Y aurait-il donc cancer et cancer *malgré* la présence de la cellule caractéristique ? »

M. Michon fait observer que les tumeurs de ce genre ne présentent des signes semblables à ceux des anévrismes qu'à une certaine période de leur développement, et qu'il est toujours facile de les distinguer par l'ensemble des signes actuels et commémoratifs. Ce sont des cancers des os, qui contiennent des vaisseaux en grande quantité et dans lesquels il se forme des foyers sanguins.

Les effets de l'injection du perchlorure de fer sont faciles à prévoir *à priori*. La tumeur étant formée de matière cancéreuse mêlée de caillots, l'injection dans les caillots sera complétement indifférente ; dans le sang liquide, elle le coagulera, mais sans empêcher la marche du cancer.

— M. Verneuil continue la lecture de son rapport sur le mémoire de M. Decès, de Reims.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr Desormeaux.

Séance du 6 août 1856.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Follin présente un enfant de quinze ans qui avait un testicule arrêté dans le canal inguinal. Il lui a appliqué un bandage dont la pelote est bifurquée de façon à repousser l'organe vers le scrotum, en même temps qu'il soutient les piliers de l'anneau. Le cordon, se trou

vant dans l'intervalle qui sépare les deux branches, ne peut être comprimé.

Aujourd'hui le testicule n'est pas encore complétement à sa place, mais il est dans la partie supérieure du scrotum et ne remonte plus vers l'abdomen ; l'anneau est rétréci, et l'intestin n'a pas de tendance à former hernie. Les douleurs testiculaires, qui existaient lorsque le testicule était dans le canal inguinal, ont disparu. C'est déjà un résultat important ; mais M. Follin espère que ce ne sera pas le seul ; en effet, il a montré que le liquide sécrété par les testicules restés dans le ventre ne contient pas de zoospermes. Il est donc, à ce point de vue, de la plus haute importance de tâcher d'amener cet organe dans sa position normale, qui paraît nécessaire à l'accomplissement de ses fonctions.

M. Houel a été consulté pour un enfant qui avait également un testicule retenu au-dessus de l'anneau ; mais derrière l'organe se trouvait une portion d'intestin qui le suivait dans son mouvement de descente. Il était d'avis de ne pas appliquer de bandage pour laisser le testicule tomber dans le scrotum, après quoi on aurait réduit et contenu la hernie. M. Nélaton, consulté pour cet enfant, a pensé, au contraire, qu'il fallait appliquer de suite un bandage, parce que, suivant lui, la chute du testicule dans les bourses serait nécessairement suivie d'une hernie, et que, dans ce cas, les hernies sont très-difficiles à contenir. En terminant, M. Houel demande si la pelote en fourche de M. Follin ne conviendrait pas dans ce cas.

M. Morel Lavallée a soigné un enfant qui offrait la même anomalie que le malade de M. Houel ; les intestins suivaient également le testicule dans sa descente, mais ils ne lui étaient pas adhérents, et il put les en isoler et les retenir dans la cavité abdominale au moyen d'un bandage dont la pelote était en forme de croissant. Au bout d'un an, le testicule était complétement descendu, et la hernie ne sortait plus.

M. Gosselin, tout en applaudissant à ces tentatives, parce que les cas auxquels elles s'adressent sont souvent très-embarrassants, déclare cependant que, pour lui, le succès obtenu par M. Follin n'est pas complet ; le testicule est arrêté à la partie supérieure du scrotum, et il est douteux qu'il descende jamais jusqu'au fond. Il pense qu'il sera toujours très-difficile de réussir complétement sur des enfants âgés de quinze à dix-sept ans. Enfin il est très-avantageux d'avoir placé le testicule dans une meilleure position, où il est plus à l'abri des violences extérieures et ne cause plus de douleurs ; mais il est douteux qu'il puisse sécréter un sperme contenant des spermatozoaires. M. Gosselin

engage donc M. Follin à suivre son malade jusqu'à l'âge de la puberté.

M. Follin répond à M. Houel que l'application de son bandage n'aurait pas d'inconvénient, et pourrait amener la guérison de la hernie. Il demande si M. Gosselin possède des faits contraires au développement de ces testicules descendus tardivement dans les bourses.

M. Gosselin déclare qu'il en connaît plusieurs.

M. Chassaignac. Les hernies qui accompagnent ces testicules restés dans le canal sont très-difficiles à réduire, et ne peuvent être maintenues si elles n'ont été préalablement séparées de l'organe au moyen d'un bandage analogue, dans son mode d'action, à celui de M. Follin. Cette voie est donc très-importante à suivre au point de vue de la hernie, autant qu'au point de vue du testicule.

M. Michon approuve la modification imaginée par M. Follin, mais il ne voudrait pas qu'on dise d'une manière absolue que les hernies qui accompagnent la chute tardive des testicules sont irréductibles; on en réduit un grand nombre, mais elles sont assez difficiles à contenir, et il faut les surveiller avec soin et pendant longtemps.

M. Chassaignac répond qu'il n'a eu en vue que les cas de hernies adhérentes aux testicules.

M. Cloquet, qui s'est beaucoup occupé de ce sujet, et a souvent été consulté pour des cas de ce genre, insiste pour que l'on distingue avec soin ce qui regarde les hernies non adhérentes et les hernies adhérentes aux testicules. Celles-ci seules offrent des difficultés; les premières sont faciles à réduire et à contenir. Il ne faudrait pas croire qu'il n'y a pas d'adhérences parce que le testicule se laisserait éloigner de l'anneau sans entraîner l'intestin, car lorsque les adhérences ont lieu avec l'épididyme, cet organe peut se séparer du testicule, s'étirer et remonter jusque dans le canal. On conçoit qu'alors l'application d'un bandage serait extrêmement douloureuse. M. Cloquet a vu deux cas de ce genre qu'il a traités au moyen d'une pelote en gouttière, dont l'action était analogue à celle de la pelote de M. Follin; elle repoussait la hernie dans l'abdomen, tandis que ses deux saillies soutenaient les deux piliers de l'anneau.

— M. Chassaignac présente nn malade qu'il a traité, à l'hôpital de Lariboisière, pour une fracture du fémur à la partie inférieure, avec séparation des condyles. Il a placé le membre dans une gouttière pendant tout le temps qu'il y a eu des symptômes inflammatoires; ensuite il a appliqué un appareil inamovible au plâtre. La fracture est guérie sans ankylose. M. Chassaignac n'a imprimé de mouvements à l'articulation qu'après la consolidation complète. Il pense qu'on doit agir ainsi

de peur de produire une fausse articulation par des mouvements imprimés prématurément.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Marjolin dépose sur le bureau les ouvrages suivants, qui lui ont été adressés par M. le professeur A. Hannover (de Copenhague), membre correspondant étranger.

H. Lehmann.	*De rationibus physiologicis humoris aquei oculi humani ;*
Hornemann.	*De rationibus dosium calomelis, imprimis maiorum zoochemicis ;*
Brandes.	*De rheumatismo gonorrhoïco in universum et de forma ejus acuta ;*
Hasling.	*De colica scortorum ;*
Hempel.	*De monstris acephalis ;*
Bang Bendz.	*De anastomosi Jacobsonii et ganglio Arnoldi ;*
Scharling.	*De chemicis calculorum vesicariorum rationibus commentatio.*

Des remercîments sont adressés à M. Hannover.

— M. Voillemier lit un mémoire intitulé *Des ponctions capillaires dans le traitement de certaines collections de sang et de pus.*

M. Morel-Lavallée se plaint que M. Voillemier, dans le mémoire qu'il vient de lire, n'ait fait autre chose que refaire son mémoire sur le même sujet sans le citer ; seulement il appelle épanchement de sang ce que M. Morel avait appelé épanchement de sérosité, et ce changement de mots pourrait faire croire que le sang contenu dans ces épanchements forme des caillots, et ne peut s'évacuer que par des incisions.

Quant au traitement, M. Voillemier propose des ponctions capillaires, à l'aide du poinçon du trocart explorateur, au lieu d'employer le trocart avec sa canule; il dit que de la sorte le liquide coule mieux, et qu'on évite plus facilement l'introduction de l'air. Mais M. Morel ne croit pas que le liquide passe plus facilement, par la simple ouverture des tissus que par la canule du trocart, et l'accès de l'air est facile à éviter au moyen de la ponction sous-cutanée. Par des ponctions plus grosses, on a l'avantage de vider plus vite le foyer et de ne pas multiplier les opérations, ce qui a l'inconvénient de renouveler la douleur inutilement, et d'augmenter les chances d'accidents inflammatoires et d'érysipèles.

M. Voillemier répond que, sans doute, M. Morel n'a pas écouté avec une suffisante attention la lecture qui vient d'être faite ; il aurait vu que le mémoire présenté à la Société n'a rien de commun avec le travail de M. Morel, et qu'il est même avec le sien en complète opposition. C'est pour cette raison qu'il n'a pas cité M. Morel, car il eût été obligé de le combattre, ce qu'il désirait éviter. Mais puisque la question est portée sur ce terrain, M. Voillemier ajoute : Qu'un premier fait à constater, c'est que les épanchements décrits par M. Morel sous le nom d'épanchements de *sérosité*, ont été signalés, comme il le reconnaît lui-même, par MM. Cloquet et Velpeau. Seulement, ces deux professeurs les avaient notés comme une particularité, et M. Morel a voulu en faire une règle. Il aurait pu aussi citer Pelletan, qui a fait des épanchements de sang le sujet d'un long et intéressant mémoire, dans lequel il décrit avec tous les détails possibles les collections de sérosité sanguine. Mais M. Morel veut que ces épanchements soient de la sérosité, et non du sang ; cela se comprend très-bien, car alors le travail de M. Morel ne serait plus qu'un morceau du mémoire de Pelletan. Aussi n'ayant que trois faits qui lui soient personnels, il sent qu'il lui faut d'autres autorités ; il s'adresse à divers auteurs, à Pelletan lui-même, leur emprunte des faits, mais les altère ou les dénature par une mauvaise interprétation. Et en preuve de ce qu'il avance, M. Voillemier cite les faits suivants :

(Page 705). M. Morel cite une observation de La Motte, qu'il termine ainsi : « Ils furent obligés d'ouvrir la tumeur, d'où il sortit beaucoup d'un sang clair et haut en couleur... »

Là M. Morel s'arrête et dit : Ce sang clair et haut en couleur, et *sans coagulum*, était-il autre chose que de la sérosité ? Oui, sans doute. Deux pas de plus, et M. Morel marchait sur la vérité, car de La Motte ajoute : *Le sang mis dans un plat fut caillé peu de temps après.* Cette dernière ligne a été omise par M. Morel.

Avec Pelletan, c'est le même sans gêne. Page 703, il dit que dans deux observations du professeur de l'Hôtel-Dieu l'épanchement de *sérosité pure* s'est montré à la jambe une fois à la suite de la chute d'une pierre, une fois à la suite d'un coup de pied de cheval. Voici les paroles de Pelletan :

« Il sortit une grande quantité de *sang noir* qui coulait en nappe. » Chez le second malade, il sortit du *sang fluide et noirâtre.* » Voilà ce M. Morel appelle de la sérosité pure !

M. Voillemier, loin de suivre la même voie que M. Morel, nie d'une manière absolue les épanchements de sérosité. Acceptant la théorie de

Pelletan, il s'estime heureux d'avoir pu la compléter par ses observations. Comme lui, il reconnaît qu'à la suite de fortes contusions on rencontre des poches vastes, complétement ou incomplétement remplies de liquide, mais que ce liquide diffère essentiellement de la sérosité. Ce n'est autre chose que la partie séreuse du sang qui s'amasse dans un point donné. Il peut s'y mêler une exsudation plastique, du liquide épanché de vaisseaux lymphatiques rompus, mais la masse est la sérosité du sang. C'est pour cette raison que le liquide d'un épanchement récent présente tous les caractères du sang; tandis qu'au bout d'un certain temps le même liquide, par suite du dépôt des globules sanguins et de la fibrine sur les parois de la poche, peut devenir semblable à de la sérosité. Ce n'en est pas moins du sang. Mais cela est décrit partout.

Quant au traitement, M. Morel le juge apparemment différent du sien, puisqu'il le trouve mauvais. C'est que, à vrai dire, il n'a pas de traitement à lui. Il pense qu'on doit inciser les épanchements de sang dans un point, introduire une mèche dans l'ouverture et comprimer la poche. Cela, c'est ce que recommande Pelletan; M. Morel l'indique lui-même, et ne réclame aucun droit. Si M. Voillemier avait emprunté quelque chose du travail de M. Morel, il n'en devrait donc compte qu'à MM. Cloquet, Velpeau et Pelletan, à qui appartient et la description des épanchements de sérosité sanguine et leur traitement. Mais, comme il l'a déjà dit; il a accepté franchement les idées de Pelletan, dont il a cherché à démontrer la justesse.

Cependant, ajoute M. Voillemier, M. Morel n'a pas appliqué exactement ses idées thérapeutiques aux deux seuls cas qu'il a traités. *Dans le premier*, voici le résumé du traitement :

Troisième jour, ouverture sous-cutanée avec un bistouri étroit, compression sur la poche.

Sixième jour, ponction avec un trocart.

Seizième jour, ouverture sous-cutanée avec bistouri étroit, mèche dans la plaie, compression. L'ouverture se bouche; vésicatoire volant.

Vingt-deuxième jour, il y a un abcès; ouverture au moyen du bistouri, mèche dans l'ouverture.

Guérison le quarante-quatrième jour.

Dans le second cas, douzième jour, ponction avec trocart, compression.

Les jours suivants, un vésicatoire.

Dix-huitième jour, ponction avec trocart, compression.

Vingt-quatrième jour, ponction avec trocart et vésicatoire volant sur la poche.

Vingt-neuvième jour, ponction avec trocart, introduction de brins de charpie dans la piqûre et compression autour. Il y a eu écoulement de pus.

Le malade sort, puis rentre dans le service, que M. Gerdy a repris. Accidents graves.

Le quarante-septième jour, mort.

M. Morel, peu satisfait, dit lui-même, page 701 : « Je ne dois pas » omettre la pénétration de l'air dans la poche, malgré toutes mes » précautions, à la deuxième ponction, et l'influence presque certaine » de ce gaz sur le développement de la suppuration qui n'a pas tardé » à se montrer. »

M. Voillemier pense qu'en présence d'un pareil aveu M. Morel aurait dû ne pas se hâter de condamner un moyen qui compte des succès déjà nombreux; qu'il aurait dû examiner les faits, essayer le procédé avant de le blâmer avec tant d'aigreur.

— La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— M. Voillemier présente un malade qui a été renversé par une voiture. Une des roues est passée sur la cuisse gauche, qui est très-tuméfiée, bleuâtre, et présentant les traces d'une contusion profonde. Il fait avec la tige d'un trocart explorateur trois ponctions, d'où le liquide ne sort qu'en suintant; à la quatrième, ce liquide s'écoule en jet très-net.

Sur le désir de M. Hervey, une nouvelle ponction est faite avec un trocart explorateur muni de sa canule. La piqûre a été plus douloureuse; le liquide s'écoule également. Ce liquide est noir et semblable à du sang veineux altéré. M. Voillemier représentera le malade dans quinze jours.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Desormeaux.

Séance du 13 août 1856.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Voillemier présente un jeune homme qui était affecté d'enchondrome des quatrième et cinquième métacarpiens et de la première

phalange du quatrième doigt. Le cinquième métacarpien a été enlevé en totalité avec le doigt correspondant; l'enchondrome du quatrième doigt a été détruit par la cautérisation, et celui du quatrième métacarpien a été extirpé. Aujourd'hui le malade est complétement guéri.

M. Voillemier présente en même temps le moule en plâtre de la main de ce malade avant l'opération.

M. Giraldès désire savoir s'il n'est pas resté de l'enchondrome sur le quatrième métacarpien, parce qu'en explorant cet os on y sent une tumeur.

M. Voillemier répond que l'enchondrome est venu en totalité, sans rien laisser; il ne sait pas au juste ce que peut être la tumeur en question; mais il fait observer que les parties n'ont pas encore eu le temps de revenir à leur état naturel, et que quelques indurations pourraient faire croire à l'existence d'une tumeur.

M. Giraldès ne doutait pas que l'enchondrome n'eût été complétement enlevé; mais lorsqu'on examine un os où il se forme de l'enchondrome, on trouve souvent des noyaux enchondromateux isolés, soit à la surface ou dans la profondeur de l'os. Ne serait-ce pas un de ces noyaux qui, en se développant, aurait formé la tumeur en question?

M. Voillemier pense qu'il pourrait bien en être ainsi, mais constate qu'au moment de l'opération il ne devait pas enlever le quatrième métacarpien.

— M. Chassaignac présente un malade qu'il a traité d'un empyème purulent au moyen d'un tube de caoutchouc vulcanisé introduit dans la cavité pleurale. Le côté du thorax correspondant à la maladie est revenu sur lui-même; le tube, qui d'abord entrait de plus d'un pied, a été chassé peu à peu à mesure que l'écoulement du liquide diminuait, et la guérison a été complète au bout de cinq mois.

M. Monod fait observer que cette méthode avait déjà été employée avec succès. Dans un voyage qu'il fit à Londres en 1830, un médecin lui montra plusieurs malades guéris d'épanchements thoraciques par l'introduction de sondes élastiques.

M. Chassaignac répond qu'il a simplement voulu présenter à la Société un cas intéressant; mais que l'on a déjà souvent employé les tubes dans les sétons, dans le traitement des épanchements abdominaux et des empyèmes.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Cullerier dépose sur le bureau, de la part de M. Mirault, professeur de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine d'Angers, un travail sur la suture entrecoupée substituée à la suture entortillée pour la réunion des bords du bec-de-lièvre unilatéral simple et de celui qui est compliqué de bifidité des os maxillaires. Ce mémoire est accompagné d'une lettre pour obtenir le titre de membre correspondant. (Commission, MM. Cullerier, Michon, Guersant)

— M. le secrétaire général donne ensuite lecture d'une lettre de M. le professeur Gérard Vrolick, récemment nommé associé étranger.

— M. le docteur Caron adresse, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse sur le traitement des varices par les injections de perchlorure de fer dans les veines.

— M. Morel-Lavallée fait hommage de son mémoire sur les épanchements traumatiques de sérosité.

— M. Bertherand adresse une notice sur les tumeurs du sein.

— La Société reçoit en outre plusieurs notices sur l'ophthalmologie, publiées par le M. le docteur Warlomont (de Bruxelles) et M. le docteur Alexandre Quadri (de Naples). — Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

— M. Jarjavay demande un congé d'un mois pour motif de santé.

— M. Verneuil termine la lecture de son rapport sur le mémoire de M. Decès par les conclusions suivantes :

1° Nommer M. Decès membre correspondant de la Société de chirurgie ;

2° Insérer son travail dans les *Mémoires de la Société.*

M. Decès est nommé membre correspondant à l'unanimité.

Le vote sur la seconde conclusion est renvoyé à la prochaine séance.

Suite de la discussion sur le mémoire de M. Voillemier. — M. Voillemier demande, dans le cas où M. Morel persisterait à dire qu'il n'a fait que reproduire son mémoire, qu'une commission soit nommée pour juger la question.

M. Morel soutient que le terme d'*épanchement de sang*, que M. Voillemier conserve comme juste et parce qu'il est employé dans les auteurs, n'est, en effet, ni juste ni employé par les auteurs. Il cite à l'appui M. Cloquet, qui appelle ces tumeurs des épanchements de sérosité; M. Velpeau, qui les appelle des hydrocèles; et enfin M. Cru-

veilhier, qui les désigne sous le nom de kystes séreux, et qui a déclaré à M. Morel qu'il approuvait complétement ses idées.

Suivant M. Voillemier, la sérosité qui remplit ces tumeurs provient du sang coagulé ; cela a lieu dans les épanchements sanguins, mais non pas dans ceux qu'a décrits M. Morel. Dans un cas où la maladie fut traitée par incision, et où l'on fit l'autopsie, on ne trouva pas de traces de sang ni de caillots. L'explication la plus rationnelle, c'est que les vaisseaux qui se rendent à la peau, après leur rupture, laissent suinter la sérosité du sang.

M. Voillemier a critiqué deux des observations rapportées par M. Morel, et a cherché à prouver qu'il ne s'agissait pas d'épanchements séreux. M. Morel déclare que, trouvant dans ces faits des cas analogues à ceux qu'il a recueillis, il a cru devoir, par esprit de justice, les rapporter pour ne point retirer aux auteurs leur droit de priorité ; il soutient, par la discussion des faits, que ce sont bien des épanchements de sérosité.

L'ouverture produite par le poinçon du trocart donnerait au liquide, suivant M. Voillemier, une issue plus facile que la canule ; mais devant la Société, il a fait plusieurs piqûres avant que le liquide jaillît. Quant au danger de l'accès de l'air dans la cavité, ce gaz doit entrer par l'ouverture du poinçon plus facilement que le liquide ne sort. M. Morel, s'il adoptait cette méthode, préférerait la simple aiguille ; il rappelle qu'il a proposé dans ce but un petit trocart dont la canule est garnie de baudruche. M. Voillemier lui paraît avoir exagéré la portée de son invention.

En somme, dans les deux mémoires, les caractères assignés à la poche et à son contenu sont les mêmes ; il n'y a de différences que pour la manière de procurer l'évacuation du liquide.

M. Giraldès trouve que M. Voillemier a fait un tableau trop sombre des résultats des procédés antérieurs ; il a employé dans des cas de ce genre le trocart et la seringue évacuatrice, et n'a vu survenir aucun accident. Pour ce qui est de la nature du liquide, il trouve que M. Morel n'est pas dans la vérité en l'appelant de la sérosité ; c'est un mélange de sang et de lymphe plastique qui ne présente ni les caractères, ni la composition de la vraie sérosité. La production de ce liquide est facile à comprendre : la violence qui déchire les tissus donne lieu d'abord à une collection sanguine, puis les surfaces traumatiques fournissent plus tard de la lymphe plastique qui se mêle au sang.

M. Voillemier dit qu'il ne reviendra pas sur les faits qu'il a cités ;

il a rapporté le texte même des auteurs, et ces faits resteront pour tout le monde ce qu'ils étaient pour de Lamotte et Pelletan, de véritables épanchements de sang. M. Morel le conteste, et, tout en voulant bien admettre des épanchements mixtes, il ajoute que dans les cas qu'il désigne sous le nom d'épanchements de sérosité, il n'y a jamais de caillots. Et sur quoi fonde-t-il son assertion? Sur trois cas qu'il a observés, car on ne peut mettre en ligne de compte le fait qui lui a été communiqué par M. Huguier, et celui de M. Laugier, qui était de date trop ancienne. Or, de ces trois cas, deux ont été traités par la ponction, et le troisième seul, pour lequel une grande incision a été pratiquée, présentait à l'intérieur de la poche une fausse membrane de l'épaisseur des parois de l'artère crurale. Il est bien à regretter que M. Morel n'en indique pas la couleur, qu'il ne l'ait pas examinée avec plus de soin; peut-être n'y aurait-il trouvé rien autre chose qu'un dépôt sanguin. Mais à défaut d'observations personnelles, pourquoi n'a-t-il pas mis à profit les faits rapportés par Pelletan, qui, traitant souvent les épanchements par des incisions, pouvait fournir des documents précieux sur l'état du liquide? J'ai eu la curiosité de relever ces faits : ils sont au nombre de 16, et il a noté la présence de caillots *douze fois !*

Quand M. Morel veut bien citer des cas où il existe des caillots, voici comment il les interprète : Larrey rapporte l'observation d'un homme qui avait été blessé à gauche du sternum, et avait une plaie d'un pouce et demi d'étendue. L'artère mammaire avait été coupée, et il y eut effusion considérable d'un sang vermeil. Vers le vingtième jour, il crut devoir opérer pour une hydro-péricardite. Après divers accidents, le malade succombe, et on trouve à l'autopsie, dans le médiastin, une poche tapissée d'une substance villeuse, noirâtre, purulente, qui entretenait la suppuration qui pendant la vie avait lieu par la plaie. Le jour de l'opération faite par Larrey, il était sorti un *liquide jaune tirant sur le brun, mêlé de petits caillots sanguins.* M. Morel dit que Larrey s'est trompé en attribuant la grande quantité du liquide trouvé à l'ouverture du péricarde. Je le veux bien un instant; mais ce liquide brun, ces caillots, cette substance villeuse et noirâtre tapissant la poche, qu'était-ce autre chose que du sang décomposé, que des caillots déposés en couche sur les parois de la poche? Non, dit M. Morel. « Probablement la plaie du vaisseau en laissant filtrer entre ses bords rétractés et contigus la partie la plus ténue du sang, probablement aussi et surtout la sécrétion du kyste lui-même étaient l'origine de la grande quantité du liquide. »

M. Voillemier a vu bien des artères coupées, et il avoue n'en avoir jamais vu se comporter ainsi.

Si on adoptait les idées de M. Morel, toutes les notions sur les épanchements de sang seraient renversées. Ainsi, il dit, page 706 : « Le temps n'exerce d'influence sensible ni sur la couleur ni sur la consistance de l'épanchement, qui paraît conserver jusqu'à la fin ou sa limpidité, ou sa nuance rougeâtre, ou sa teinte noire, et toujours sa fluidité première, même lorsqu'il se reproduit après les évacuations successives. »

Le temps n'exerce pas d'influence ! Il n'y a donc plus d'épanchements qui se résorbent? plus d'épanchements qui se trouvent réduits à un caillot par la disparition de la partie séreuse? plus d'épanchements transformés en véritables kystes séreux? Mais les faits que M. Voillemier a présentés, les seuls où la composition du liquide a pu être examinée chaque jour, puisque seuls ils ont été soumis à des ponctions journalières, montrent, au contraire, que la composition du liquide varie incessamment jusqu'à la guérison achevée. Il a montré l'influence que l'inflammation avait sur la composition des liquides épanchés. Enfin, jusque dans les moindres détails, il est en opposition avec M. Morel.

Pas plus que Pelletan et que tous les auteurs, M. Voillemier ne nie qu'on trouve dans certains cas un liquide d'apparence séreuse, de la sérosité, si l'on veut, mais cette sérosité vient du sang, au moins pour sa plus grande portion. M. Morel a cité quelques lignes de la dixième observation de Pelletan, et il aurait dû la rapporter entièrement. La voici :

« Un homme ivre tomba dans la rue, et eut toute la longueur de la » cuisse gauche, à sa face externe, violemment froissée par la roue » d'une charrette. Il s'ensuivit la plus forte ecchymose le long de la » cuisse et de la jambe. Cependant la résolution parut se faire par la » disparition successive de la couleur jaune. Mais il resta entre la peau » et l'aponévrose fascia lata un épanchement avec fluctuation d'une » matière dont la légèreté annonçait qu'elle était aqueuse. Ce fluide » *était flottant dans la poche qui le renfermait et qu'il ne remplissait* » *pas en entier.*

» J'attendis fort longtemps la résolution de cette humeur. Voyant » que *deux mois* n'y avaient rien changé, et le malade n'éprouvant » aucun accident, je me déterminai à faire une incision dans le lieu le » plus déclive. Il en sortit plus d'un litre de sérosité rougeâtre et lim-

» pide. J'appliquai une compression méthodique sur toute la longueur » du foyer, ne laissant libre que l'ouverture que j'y avais pratiquée. Il » s'en échappa encore une grande quantité de sérosité ; mais au bout » de quelques jours, le recollement des parois fut complet, et la plaie » ne tarda pas à guérir. »

Nous retrouvons dans cette observation *le fluide flottant dans une poche qu'il ne remplit pas en entier ;* le liquide est aqueux, mais c'était après deux mois !

Quant au traitement, M. Voillemier ne peut le comparer à ce qu'a fait M. Morel avec tout le monde, car les ponctions capillaires ne présentent avec ce traitement aucun point de ressemblance.

M. Boinet rappelle à la Société que les ponctions capillaires ont été pratiquées depuis longtemps, principalement dans les cas d'abcès par congestion. On a employé dans ce but les aiguilles à cataractes et même de simples épingles, et pour se mettre mieux à l'abri de l'introduction de l'air, on appliquait des ventouses sur les piqûres.

Si, malgré l'étroitesse de l'ouverture, l'air parvenait à s'introduire dans le foyer, il serait impossible de le retirer, tandis qu'avec une canule rien n'est plus facile; il suffit d'y adapter une seringue, dans laquelle on fait le vide. C'est ce que fait toujours M. Boinet pour ses ponctions ; il ne prend aucune précaution contre l'entrée de l'air, mais bien contre son séjour dans la plaie.

M. Michon pense qu'il serait facile de terminer le débat, car MM. Voillemier et Morel se sont occupés d'objets entièrement différents : M. Voillemier a traité des épanchements de sang, accident fréquent et dont personne ne conteste l'existence, tandis que M. Morel s'est occupé des épanchements séreux, qui sont plus rares ; mais M. Morel n'a pris qu'une partie de la question, car ces épanchements séreux peuvent être ou primitifs ou consécutifs. En effet, on voit des malades qui sortent de l'hôpital se croyant guéris d'épanchements sanguins ou séreux, et qui reviennent plus tard avec un épanchement séreux produit dans la poche, dont les parois s'étaient adossées mais non confondues.

M. Voillemier propose une méthode de traitement nouvelle, il faudrait l'expérimenter pour savoir si elle vaudra mieux que les autres opérations, et si elle tiendra ses promesses mieux que la ponction sous-cutanée, qui presque toujours finit par se rouvrir et permettre l'accès de l'air qu'elle était destinée à empêcher.

En résumé, M. Michon trouve que M. Morel a fait, il y a quelques

mois, un très-bon travail, et celui de M. Voillemier est aussi très-intéressant. Il propose de le renvoyer au comité de publication.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 20 août 1856.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

A l'ouverture de la séance, M. le président annonce qu'à la suite de la séance suivante, il y aura, à quatre heures et demie, un comité secret pour discuter des questions relatives au prix de la Société et à la bibliothèque.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. MOREL-LAVALLÉE, répondant au reproche de n'avoir fait que reproduire ce qui avait déjà été dit, établit que Pelletan n'admettait l'épanchement de sérosité qu'à la suite de l'épanchement de sang et comme conséquence de ce dernier, tandis que dans son mémoire, M. Morel a décrit des épanchements primitifs de sérosité.

Dans les symptômes, la différence de doctrine n'est pas moins sensible. Pelletan avait signalé dans une de ses observations ce fait, que la tumeur n'était pas pleine. M. Morel montra que ce symptôme était général, qu'il appartenait à toute une classe de tumeurs, et il en donna l'explication.

En général, lorsqu'un épanchement se forme dans les tissus, le liquide, sortant des vaisseaux rompus, écarte les fibres du tissu cellulaire et se creuse ainsi, à mesure qu'il s'épanche, une cavité qui se trouve nécessairement toujours pleine. Dans les épanchements étudiés par M. Morel, au contraire, la cavité est produite de prime abord par l'action de la cause vulnérante, et ce n'est que plus tard qu'elle reçoit le liquide épanché; de sorte que pendant un certain temps elle doit nécessairement n'être pas remplie.

A l'aide des signes indiqués par M. Morel, il n'est pas possible de méconnaître la nature de la maladie, tandis qu'il résulte de l'observation de Pelletan qu'il n'a pas su à quoi il avait affaire. Il ouvre une tumeur considérable et voit sortir un liquide qu'il prend pour du sang, en quantité si considérable qu'il en est effrayé et croit devoir s'opposer à son écoulement; c'est précisément le contraire qu'il aurait fallu

faire, et lorsqu'on connaît la nature de la maladie, il n'est pas permis de tomber dans une semblable erreur.

Pelletan avait très-bien posé les indications du traitement; M. Morel l'a reconnu et a proposé d'ouvrir ces collections par une ponction simple, et de placer une mèche dans la plaie pour favoriser l'écoulement du liquide.

M. Voillemier a comparé les résultats du mode de traitement qu'il propose avec ceux de M. Morel; mais d'après la quantité de liquide écoulé, il est évident qu'il n'a eu affaire qu'à de petites tumeurs, tandis que toutes celles dont a parlé M. Morel avaient des dimensions très-considérables. Cette différence est d'une grande importance pour le résultat du traitement et la durée de la cure.

M. Broca a recueilli depuis la dernière séance deux faits qui se rapportent au sujet en discussion, et qu'il croit utile de rapporter.

Épanchements sanguins. — Ponctions capillaires. — Guérison.

Obs. I. — Le nommé Revilley, âgé de trente-trois ans, menuisier, entra à l'hôpital Necker le 11 août 1856. Trois heures auparavant, cet homme, étant en état d'ivresse, avait fait une chute sur laquelle il ne pouvait donner aucun renseignement. Il disait seulement qu'il était tombé en jouant avec ses camarades. L'interne de garde, M. Hardy, reconnut l'existence d'une luxation complète du coude gauche en arrière. Il y avait déjà un gonflement assez notable; néanmoins on sentait très-bien les saillies osseuses, et le diagnostic de la luxation était évident.

M. Hardy, avec l'aide d'un de ses collègues, réduisit immédiatement et facilement cette luxation. Le membre fut enveloppé d'un large cataplasme et placé en repos sur un coussin.

Le blessé souffrit beaucoup dans la soirée et pendant la nuit. Le lendemain matin, 12 août, je trouvai que la luxation était toujours bien réduite, mais le gonflement était devenu énorme. A la partie interne du membre, dans une étendue de plus de 15 centimètres, la peau était d'un rouge bleuâtre et très-fortement tendue. Au-dessus de l'épitrochlée on sentait de la fluctuation, indice d'un épanchement de sang. La vive douleur que le malade éprouvait m'engagea à appliquer sans délai la méthode de M. Voillemier. Six piqûres furent appliquées, deux avec le trocart explorateur muni de sa canule, et les quatre autres avec le poinçon seulement. Il s'écoula environ deux cuillerées à bouche de sang par ces ouvertures. Il nous parut que les piqûres faites avec la canule saignaient un peu plus difficilement que les autres. J'avais dit

de conserver le liquide pour voir s'il se coagulerait; mais on le plaça dans un bassin très-large où il ne formait qu'une mince couche, de sorte que le lendemain matin, quand je voulus l'examiner, il était entièrement desséché.

Immédiatement après la ponction, le malade se sentit soulagé ; il ne souffrit pas pendant la journée.

Le lendemain matin, 13 août, je trouvai la peau beaucoup moins tendue que la veille; je fis quatre nouvelles ponctions, qui fournirent environ une cuillerée à bouche de sang. Cette fois on conserva le liquide avec plus de précaution, et au bout de quelques minutes on le vit se coaguler.

L'épanchement ne se reproduisit pas ; le gonflement diminua rapidement.

Le 16 août, il n'y avait plus de fluctuation.

Le 17, la tuméfaction avait à peu près disparu ; il ne restait qu'une ecchymose jaunâtre.

Le lendemain, le malade quitta l'hôpital. L'épanchement de sang avait été guéri en quatre jours.

Obs. II. — Louise Calvet, soixante ans, journalière, entra à l'hôpital Necker le 8 août 1856.

Elle avait fait une chute en portant un fardeau assez lourd, et s'était heurté le front sur le bord d'un trottoir.

Au-dessus du sourcil gauche existait une tumeur fluctuante, molle, douloureuse, grosse comme un œuf de pigeon, entourée à sa base d'un bourrelet circulaire assez dur. La peau correspondante était bleuâtre et légèrement excoriée.

Pendant les quatre premiers jours, on appliqua simplement des cataplasmes. La tumeur ne diminua pas, mais elle devint un peu moins douloureuse. Toutefois la malade y souffrait encore, même lorsqu'on n'y touchait pas.

Le 12, je pratiquai trois ponctions capillaires avec le poinçon, et je fis sortir un peu plus d'une demi-cuillerée d'un liquide noir, de consistance gélatineuse. Je fis même jaillir par la pression plusieurs petits fragments filiformes de sang coagulé. La tumeur à partir de ce moment cessa d'être douloureuse.

Le 13, l'épanchement est aussi considérable qu'avant les ponctions. Deux nouvelles ponctions sont pratiquées. Il s'écoule d'abord une certaine quantité de sérosité rougeâtre, puis du sang à demi coagulé, en

tout le contenu d'une cuillerée à bouche. La tumeur s'affaisse beaucoup.

Le 14, la tumeur s'est remplie de nouveau, mais elle est beaucoup moins volumineuse que les jours précédents. Une seule ponction. Il s'écoule environ une demi-cuillerée de liquide.

Le 15, une dernière ponction donne encore une petite quantité de liquide.

Le 16, il y a encore un peu de fluctuation.

Le 17, l'épanchement a presque disparu.

Le 18, il n'en reste aucune trace.

M. Broca pense, comme M. Michon, que la discussion repose surtout sur un malentendu. Les mémoires de MM. Morel et Voillemier ne sont pas sur le même sujet. Dans l'un, il est surtout question d'anatomie pathologique; dans l'autre, il s'agit principalement d'un point de thérapeutique. M. Morel ne nie pas l'existence des épanchements de sang, et M. Voillemier reconnaît qu'il peut s'y mêler beaucoup de liquide séreux. Mais dans ces épanchements, il existe deux espèces assez différentes pour mériter qu'on leur donne des noms différents, comme l'a fait M. Morel; seulement le nom qu'il a donné ne paraît pas entièrement convenable à M. Broca.

Dans une première espèce, il se forme de prime abord un épanchement de sang qui remplit la cavité, et peut plus tard se mêler à de la sérosité. Dans la seconde espèce, la violence, en décollant la peau, produit une cavité dans laquelle il s'épanche immédiatement une quantité de sang trop faible pour la remplir; puis plus tard survient une sécrétion de sérosité qui la remplit; mais le point de départ a toujours été un épanchement de sang.

Il est un autre point de vue sous lequel ces épanchements présentent encore des différences notables. Dans les uns, en effet, le liquide est coagulable peu de temps après avoir été extrait, tandis que dans d'autres cas il ne se coagule pas. Les causes de cette différence ne sont pas encore bien étudiées, et paraissent tenir, dans certains cas, à des différences individuelles dans la plasticité des liquides.

M. Broca a observé dernièrement un de ces épanchements sur un artilleur récemment arrivé de Crimée. Cet homme fut renversé à la bataille de la Tchernaïa; le soir il présentait à la jambe une tumeur qui grossit pendant huit jours et resta ensuite stationnaire. Il passa huit mois sans s'en occuper, pendant ce temps il n'y ressentit aucune douleur. Lorsque M. Broca vit cette tumeur, elle offrait 25 à 28 centimètres de hauteur, sur 15 de largeur; il y reconnut un épan-

chement séro-sanguin qu'il ponctionna avec un trocart explorateur. Le liquide qui sortit ne se coagula pas ; il renfermait une grande quantité de globules sanguins qui presque tous avaient conservé leur forme sans altération. Après avoir vidé la tumeur, on put constater qu'elle reposait sur un fond dur à bords saillants. En faisant glisser la peau sur cette base, on produisait un bruit de frottement analogue à celui qui a été désigné sous le nom de bruit de *cuir neuf*. Les parties indurées étaient formées par une masse fibrineuse provenant du dépôt de la fibrine du sang sur les parois de la poche.

M. Verneuil. Le débat élevé en ce moment renferme une question de mots qui entraîne une confusion dans les idées. M. Broca vient déjà de faire comprendre que le mot d'*épanchement de sérosité* employé par M. Morel-Lavallée n'était pas très-heureux ; je veux parler dans le même sens.

Par un de ces vices si déplorables et si communs dans le langage médical, on donne le même nom de *sérosité* à une foule de liquides très-disparates par leur origine, leur nature, leur composition chimique. C'est la *sérosité* qui forme le liquide des diverses ascites, de l'hydrocèle, de l'anasarque, des hydarthroses, de l'hydrocéphale interne et externe, du spina-bifida. L'hygroma est formé par une accumulation de *sérosité;* dans les pleurésies, les péritonites, les arthrites, les fausses membranes nagent dans la *sérosité ;* le pus clair et ténu des abcès froids ou symptomatiques est dit mélangé de *sérosité ;* c'est encore la *sérosité* qui remplit certains kystes glandulaires du corps thyroïde, de la mamelle, des glandes salivaires, du foie, du rein, du testicule, de l'ovaire, des glandes sudoripares ; l'hydropisie de la trompe, de l'utérus dans certains cas, l'hydrophthalmie, l'hydropisie des gaînes tendineuses avec ou sans corps hydatiformes, les kystes vasculaires, les corps hydatiformes des môles placentaires sont remplis par la *sérosité*. On parle de la *sérosité* amniotique, de la *sérosité* qui coule de l'oreille après les fractures du rocher. La lymphe plastique qui s'écoule d'une plaie récente ; d'une plaie au contraire en voie de réparation, ou encore d'une fistule ; le liquide qui remplit l'ampoule d'un vésicatoire, d'une brûlure au deuxième degré, les vésicules ou les bulles de l'herpès, de l'eczéma, du pemphigus, constituent de la *sérosité*, toujours de la *sérosité*.

Il y a là abus intolérable d'un mot qui, ainsi prodigué, cesse d'avoir une signification anatomique ou physiologique précise, pour ne plus traduire qu'une apparence extérieure sans valeur étiologique ou pathologique.

Ce langage vicieux tient à la fâcheuse habitude adoptée en anatomie pathologique, habitude contre laquelle nous lutterons sans relâche, et qui consiste à dénommer et à classer les produits d'après un caractère extérieur, sans se préoccuper de leur nature intime, de leurs caractères anatomiques et chimiques.

Tous les fluides dont je viens de faire la longue énumération ont une ressemblance physique grossière avec la *vraie sérosité* telle qu'on l'obtient du sang après la formation du caillot ou avec le liquide exhalé par les membranes séreuses, et c'est sans doute à l'aide de cette ressemblance élémentaire qu'on a dressé la longue liste des sérosités.

Ce n'est pas, par malheur, le seul inconvénient de ces malencontreux rapprochements; du bas de cette similitude équivoque on s'est élevé aux hauteurs d'une théorie générale erronée, qui non-seulement manque de preuves directes, mais que renverse même l'intervention du plûs simple bon sens.

Lorsqu'une surface libre fournit, lorsqu'une cavité naturelle ou accidentelle renferme un liquide citrin, translucide, ténu ou visqueux, en un mot, une sérosité, on imagine que la partie liquide du sang se séparant des globules a traversé les membranes organiques pour venir, sans modification, s'épancher ou s'écouler ici ou là, à la manière de l'eau contenue dans une poignée de sable mouillé qu'on jetterait sur un filtre.

Dans un autre cas, à la suite d'une contusion, du sang s'épanche; plus tard on trouve un kyste, et l'on regarde comme fait démontré que les globules ont disparu, on ne sait ni pourquoi ni comment, et que la sérosité du sang épanché, réfractaire, on ignore tout aussi bien comment, à l'absorption, est restée là inerte, elle liquide, pendant que des éléments solides, les globules du sang, étaient résorbés.

C'est en se guidant toujours sur un aspect extérieur très-variable, très-mobile, qu'on a fondé la détestable classification des kystes établie sur le contenu, et qu'on a appelé séreux un kyste qui hier renfermait une gelée épaisse, métamorphosée aujourd'hui en un liquide translucide, et qui demain sera rendu trouble et verdâtre par un mélange de pus; laiteux et opaque par des débris épithéliaux ou des granulations graisseuses, rouge lie de vin, chocolat par suite d'une hémorrhagie brusque ou d'une exhalation sanguine.

Je ne puis en ce moment m'étendre suffisamment pour montrer qu'il y a dans cette hypothèse de l'exhalation isolée de la sérosité du sang plus d'erreurs que de mots; je me contenterai des courtes remarques suivantes:

Pour être en droit de dire que c'est la sérosité du sang qui vient par transsudation former toutes les sérosités pathologiques, il faudrait :

1° Que l'analyse chimique en ait été faite avec soin ;

2° Que la composition chimique fût toujours la même pour tous les liquides ;

3° Qu'elle fût la même que celle du sérum du sang.

Or, quoique nous manquions d'analyses bien faites et en quantité suffisante, nous savons déjà que le liquide céphalo-rachidien, que le contenu des kystes glandulaires sont bien différents de la partie liquide du sang ; que les fluides kystiques, entre autres, varient beaucoup dans une même glande lorsque plusieurs acini sont dilatés, comme cela s'observe dans des kystes ovariques multiloculaires ; et ainsi du reste.

A la vérité, les liquides épanchés dans les séreuses offrent un caractère qui les rapproche du sérum ; c'est la présence d'une grande quantité d'albumine. Mais pour quiconque connaît l'extrême complexité chimique du sang, la présence de ce seul principe immédiat dans un liquide ne suffira pas pour l'assimiler au sérum du sang ; sans quoi, il faudrait aussi dire que l'urine des albuminuriques est de la sérosité.

Après avoir bien démontré l'abus du mot, revenons à la discussion. Il est bien évident que si l'on continue les errements passés, il faut au moins que le fluide qu'on appellera sérosité ait les caractères physiques du sérum du sang ; sans quoi, on s'expose à appliquer un nom vicieux au double point de vue de l'apparence physique et de la constitution chimique.

Lors donc qu'une collection sera formée par un fluide rouge ou lie de vin, il faudra renoncer à le qualifier de liquide séreux sous peine d'être incompréhensible. La preuve en est dans l'observation de Pelletan, plusieurs fois invoquée dans le débat. M. Morel-Lavallée prétend qu'il s'agissait de sérosité colorée par du sang. M. Voillemier pense contrairement qu'on avait affaire à du sang modifié par son séjour au dehors des vaisseaux. Nous avons trouvé sur ce terrain nos deux collègues irréconciliables.

Sans trancher la question radicale, on peut reconnaître que le liquide en litige, n'offrant aucun des caractères physiques de la sérosité, ne peut réellement pas endosser ce nom sans usurpation manifeste. Par là se trouve démontrée la proposition qui ouvre cette note, c'est-à-dire que la confusion des mots entraînait la confusion des idées et perpétuait la dissidence.

Une observation clinique va mieux faire comprendre le vice du langage.

J'étais, il y a deux ou trois ans, à Fontainebleau ; un de mes amis, médecin distingué de la ville, me pria de voir avec lui une femme âgée employée au château, et qui avait fait quelques jours auparavant une chute sur la cuisse. Une tumeur sanguine avec ecchymose large et diffuse s'était formée. On avait prescrit le repos, les applications résolutives, afin d'obtenir la résorption du sang.

Au bout d'un temps assez long, cette résorption n'était point obtenue ; il existait à la partie externe de la cuisse, depuis le grand trochanter jusque vers le condyle externe du fémur, un décollement de la peau dans une largeur de 12 à 15 centimètres dans le point qui correspond précisément à la partie la plus épaisse de l'aponévrose *fascia lata*. Il n'y avait pas tumeur à proprement parler; mais la cuisse était plus volumineuse que l'autre, et, lorsqu'on portait la main sur la région malade, on sentait une collection liquide sous la peau. Ce liquide était en nappe peu épaisse ; il remplissait incomplétement la poche, ou au moins ne la distendait pas et s'y déplaçait facilement. Il en résultait d'une manière très-évidente les signes assignés par M. Morel aux épanchements qu'il a décrits, c'est-à-dire une sensation particulière de poche à moitié vide et de paroi flottante.

Je venais de lire le travail de notre collègue; j'avais observé tout récemment à la Charité un cas d'épanchement sous-cutané que portait à la région lombaire un écuyer du Cirque couché dans les salles de M. Velpeau. Je retrouvais à la partie externe de la cuisse toutes les conditions anatomiques invoquées par M. Morel comme très-favorables à la production de ces tumeurs à physionomie spéciale; de telle sorte que, imbu de ces idées, je crus reconnaître de la manière la plus évidente un épanchement de sérosité entre la peau et l'aponévrose. Mon ami et confrère pensait, au contraire, qu'il s'agissait d'un épanchement de sang non coagulé ou resté liquide et formé à la suite d'une contusion. Il m'objectait l'étiologie du mal, l'ecchymose très-marquée qui colorait presque toute la peau du membre, et il faut convenir que la logique était pour lui.

J'opinai pour l'expectation; mais, comme le mal restait stationnaire, que la malade et l'entourage s'inquiétaient de ce *statu quo*, comme d'ailleurs la peau était très-mince, le liquide abondant et l'inflammation du foyer imminente, un autre avis prévalut, et la poche fut ouverte avec le bistouri à sa partie moyenne.

Je fus un peu désappointé en voyant sortir par l'incision une forte quantité d'un liquide ayant la plus grande ressemblance avec de la lie de vin assez épaissie et foncée en couleur, tenant en suspension bon

nombre de flocons d'un blanc sale, irréguliers, friables, analogues à de l'albumine coagulée.

J'en fus quitte pour mes frais de diagnostic raffiné, car je n'essayai point de démontrer à mon ami la nature séreuse de la bouillie floconneuse que nous avions sous les yeux.

M. Verneuil a entendu avec intérêt les observations de M. Broca, car il ne se rappelait pas que M. Voillemier eût établi d'une manière précise l'époque à laquelle il convenait de faire les premières ponctions dans les épanchements sanguins. M. Broca a démontré qu'il y avait quelquefois avantage à vider sur-le-champ les foyers sanguins quand la distension de la poche causait des accidents.

Il reste cependant un peu d'incertitude quand on voit des collections sanguines énormes se résorber spontanément dans un temps très-court. Il se souvient à ce propos d'un fait qui l'a beaucoup frappé. Il assistait, il y a quelques années, à une tentative de réduction d'une ancienne luxation de l'épaule. Les tractions avaient été portées très-loin et répétées plusieurs fois, quand on vit tout à coup apparaître du gonflement sous le lacs axillaire destiné à entraîner la tête en dehors. Ce gonflement s'accroissait à vue d'œil, et en quelques minutes il avait acquis des proportions énormes; il soulevait tout le grand pectoral, et on aurait pu mesurer plus de 10 centimètres entre la peau et la paroi costale. Le malade fut reconduit à son lit.

Fort inquiet du résultat de cet épanchement, dû sans doute à une rupture vasculaire importante, M. Verneuil reviut le surlendemain à l'hôpital Saint-Louis; tout avait disparu, il ne restait qu'une vaste ecchymose. Il apprit par les internes du service qu'au bout de vingt-quatre heures à peine le sang épanché s'était résorbé.

En présence d'une disparition aussi rapide, et au contraire de la lenteur avec laquelle ce fluide disparaît quand il s'amasse au niveau de la face interne du tibia, de la fesse, de la région lombaire, de la région externe de la cuisse, M. Verneuil se demande si les rapports du sang avec tel ou tel tissu n'expliquent pas ces différences. On comprendrait une absorption rapide dans les régions abondamment fournies de tissu cellulaire lamelleux, et par contre une absorption presque nulle ou très-tardive quand le sang est confiné entre la face profonde du derme décollé et une surface osseuse ou fibreuse très-dense, et peu favorable à l'endosmose. Cette remarque pourrait peut-être fournir quelques indications à l'opération actuellement en litige.

M. Voillemier. Maintenant que la discussion a surabondamment prouvé qu'il y avait dissemblance complète entre mon travail et celui

de M. Morel, je ne répondrai point à ses dernières observations, pour ne pas abuser des instants de la Société, et je m'occuperai seulement des épanchements de sang. M. Verneuil vient de vous citer un fait parfaitement exact, et que j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois, c'est la disparition rapide de certains épanchements considérables. Voici à quelle circonstance il faut attribuer cet heureux résultat. Lorsqu'à la suite d'une tentative de réduction d'une luxation, ou après une entorse, il se produit un épanchement considérable, c'est qu'un vaisseau a été tiraillé et déchiré; le sang s'infiltre plus ou moins loin dans un tissu cellulaire sain et aussi bien disposé que possible pour opérer la résorption des liquides infiltrés; la partie séreuse du sang est promptement reprise, tandis que la partie solide, le caillot, si vous voulez, disséminé à l'infini, reste déposé dans les tissus pendant un certain temps, et leur donne cette couleur jaune qui a été notée par tous les chirurgiens. Dans les cas de contusion par cause directe, la lésion des vaisseaux est compliquée de déchirure, d'attrition du tissu cellulaire, qui devient ainsi bien moins propre à la résorption des liquides infiltrés et quelquefois épanchés, de manière à former une masse considérable et isolée dans les tissus. Aussi notre collègue a-t-il raison de croire que les ponctions capillaires ne doivent pas être appliquées à tous les cas et à tous les moments; elles ne sauraient convenir quand il n'y a qu'une simple infiltration de sang. Il faut attendre qu'il se forme une poche, qui n'existe pas toujours dès les premiers instants de la contusion. Chez le malade que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société la poche n'existait pas les premiers jours, et j'ai assisté à sa formation, à son développement. C'est, comme je l'ai dit, quand il y a déchirure du tissu cellulaire dans une certaine étendue, et une infiltration de sang autour de cette déchirure; la sérosité filtre peu à peu et vient s'accumuler dans cette sorte de réservoir. C'est ainsi que s'explique comment un praticien n'aura pas trouvé de poche sanguine là où un autre en trouvera quelques jours après. Pour cette raison, il est bon d'attendre quelques jours avant de pratiquer des ponctions, afin que la séparation des principaux éléments du sang s'effectue. On a en outre l'avantage d'agir sur des tissus qui supporteront mieux les ponctions.

A propos des deux faits intéressants qu'il a observés, M. Broca m'a demandé quelles étaient les conditions dans lesquelles le sang retiré des tissus par des ponctions donnait un caillot. J'ai insisté sur ces conditions dans mon travail. Lorsqu'un épanchement est récent et qu'on le vide par une ouverture assez large, le liquide contiendra tous les

éléments du sang et donnera un caillot plus ou moins volumineux. A mesure qu'on laissera à la fibrine le temps de se déposer sur les parois de la poche, le caillot sera de moins en moins fort, et après un certain temps il ne sortira plus qu'un liquide plus ou moins coloré par les globules de sang échappés des mailles de la fibrine. Je crois même qu'à une époque éloignée de l'accident, on peut ne plus rencontrer qu'un liquide dépourvu de globules de sang. Une autre circonstance peut se présenter, c'est celle où il y a une contusion profonde, et où la poche a été soumise à une certaine inflammation qui a été soupçonnée d'après la violence de l'accident, la coloration et le gonflement des parties contuses, la chaleur de la peau, les douleurs éprouvées par les malades. J'ai cru voir que dans ces cas le caillot est remplacé par un dépôt épais, en général très-coloré. Alors on ne rencontre pas dans ce liquide des globules de sang en aussi grand nombre qu'on aurait pu le présumer; la plupart sont notablement altérés. Il n'y a pas de caillot parce que la fibrine a été détruite par la même inflammation qui a altéré les globules du sang. Pourtant le liquide est très-coloré, précisément parce qu'il est chargé de la matière colorante du sang et des globules eux-mêmes qu'il a dissous.

On comprend encore comment le liquide peut varier d'aspect, suivant qu'un vaisseau artériel ou veineux d'un petit calibre aura été ouvert; suivant que sous une influence phlegmasique une exsudation plastique se mêlera au sang épanché; suivant que des vaisseaux lymphatiques auront été divisés en plus ou moins grand nombre.

M. Voillemier répond à M. Boinet. Dans le *Dictionnaire en* 15 *volumes* il est dit qu'on s'est servi, pour ouvrir certains abcès, d'aiguilles *rougies au feu*, d'une aiguille à cataracte pour faire l'ouverture, et ensuite d'une ventouse pour attirer le liquide. Se servir d'une ventouse c'était vouloir empêcher le liquide de sortir par le gonflement et la congestion des tissus que la ventouse produit instantanément. Comme l'a parfaitement indiqué M. Boinet, il est dit dans le 44e volume du *Dictionnaire en* 60 *volumes*, que l'on s'est servi d'épingles pour faire sortir du pus d'abcès froids. Cette indication n'a pas été reprise dans nos autres livres classiques, et ce moyen thérapeutique n'est pas passé dans la pratique. C'est que les épingles donnent une ouverture insuffisante. Pour cette même raison, j'ai abandonné à peu près complétement les aiguilles. Dans les abcès ganglionnaires et quelques autres abcès critiques, il faut se servir d'une tige de trocart un peu plus grosse que pour les épanchements de sang. On n'a plus, comme dans les épanchements, à éviter des dangers sérieux, mais seulement une cicatrice

difforme. Souvent l'ouverture reste fistuleuse; cela importe peu. On continue l'usage des cataplasmes, et la guérison a également lieu.

M. Voillemier répond enfin à M. Marjolin. Lorsque l'épanchement complique une lésion grave, comme une fracture comminutive siégeant sur une articulation ou la diaphyse d'un os, il y a ordinairement contusion profonde des tissus. Le plus souvent il faut attendre quelques jours, pour les raisons que j'ai données. Cependant il est des exceptions. Supposez, en effet, un épanchement très-considérable avec amincissement et tension de la peau portés au point de faire craindre le sphacèle des parties et une ouverture spontanée, il est évident qu'il y aurait grand avantage à pratiquer de suite des ponctions, qui seraient le seul moyen d'éviter ces graves accidents.

M. Marjolin reconnaît que le traitement proposé par M. Voillemier donne des résultats très-rassurants lorsqu'on l'emploie contre les épanchements sanguins ou séro-sanguins, puisqu'il met à l'abri des accidents que l'on avait à redouter avec les autres méthodes; mais il craint que l'on ne soit tenté d'en trop généraliser l'emploi, et demande s'il n'y aurait pas danger à l'employer contre les épanchements voisins des fractures des articulations ou même de la diaphyse des os longs, contre ceux qui recouvrent des fractures du crâne, ou qui communiquent avec l'intérieur du thorax à travers le foyer d'une fracture de côtes.

M. Boinet dit que les faits dont il a parlé se trouvent dans l'article Ponction du *Dictionnaire en 60 volumes*. On y trouve également que Frick (de Hambourg) employait les ponctions à l'aide d'une aiguille dans les cas de bubons et d'hydrocèles.

M. Larrey rappelle la pratique de son père dans les épanchements de sang, pratique qui offrait quelque analogie avec celle de M. Voillemier. Dans les épanchements circonscrits, il faisait une ponction avec la pointe d'une lancette. Lorsque l'épanchement était diffus, il faisait à la surface de grandes scarifications qui amenaient une prompte résorption. Enfin, pour les épanchements superficiels, ou plutôt dans les infiltrations sanguines, il employait de larges ventouses scarifiées.

M. Voillemier connaissait la pratique de Larrey, qui employait la ponction au moyen de la lancette et les scarifications dans le but d'obtenir le dégorgement de la tumeur. Quant aux cas où Frick se servait de l'aiguille, il n'a pas à s'en occuper, puisque ce n'étaient pas des épanchements de sang. Enfin, pour les cas dont a parlé M. Marjolin, on devra apporter la plus grande réserve dans les

essais que l'on pourra faire pour leur appliquer la nouvelle méthode.

La discussion est close, et le travail de M. Voillemier renvoyé au comité de publication.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur Langenbeck (de Berlin) adresse une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination d'associé étranger.

— M. le docteur Bourguet (d'Aix), qui avait adressé au mois de novembre 1855 un travail *sur la luxation du bras*, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. Sa lettre est accompagnée de la liste des travaux qu'il a publiés. (Renvoi à M. Morel-Lavallée, rapporteur de la commission.)

— M. le docteur Michon écrit pour obtenir un congé.

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le professeur Riberi (de Turin), membre associé étranger, le recueil des divers travaux qu'il a publiés. M. Larrey donne ensuite lecture d'une lettre dans laquelle le professeur de Turin adresse des remercîments à l'occasion de sa nomination.

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Mémoire sur la dilution du sang par l'éther sulfurique soufré comme moyen préventif et curatif du choléra, par M. le docteur A. Roux.

Le fascicule IV de la traduction des *Eléments d'histologie humaine de Kolliker*, par MM. Béclard et Sée.

Le fascicule III des *Annales de médecine et de chirurgie* de Prague.

Du cancer de la langue (thèse inaug.), par M. H. Robert.

— M. Verneuil lit au nom de M. le docteur Mavel (d'Ambert) une observation intitulée *Fonte spontanée rapide de la cornée sans inflammation préalable, suite de débilitation générale par alimentation insuffisante*.

Je fus appelé le 4 août pour un enfant de dix-sept jours, né fort et robuste, et malade depuis trois jours. Il présentait des vomissements, de la diarrhée et un amaigrissement considérable.

Le 8, les vomissements ont cessé, la diarrhée a diminué; toute la surface du corps est recouverte d'urticaires.

Le 24, la diarrhée a repris sa fréquence; la langue est rétractée, immobile; le bras droit convulsionné.

Le 4 septembre, l'enfant a perdu depuis la veille un œil, qui antérieurement n'était point malade.

M. Mavel constate que l'œil droit est tellement convulsionné en haut, qu'il est impossible de juger de son état. L'œil gauche présente au

centre de la cornée une tache grisâtre de quatre millimètres de diamètre, et au-dessous une perforation de la cornée, bouchée par une procidence de l'iris ; le reste de la cornée est trouble ; il n'y a pas ou presque pas d'injection de l'œil. La diarrhée a cessé depuis trois jours.

Les seins de la nourrice contiennent une faible quantité de lait séreux ; cette malheureuse, pressée de questions, avoue qu'elle est enceinte de six mois, et qu'elle a nourri cet enfant en partie avec son lait, en partie avec de la bouillie. On prescrit un collyre au nitrate d'argent, et on s'empresse de donner une bonne nourrice.

Le lendemain, l'enfant a bien teté, bien dormi ; la fonte putride a envahi la plus grande partie de la cornée, que l'on touche avec le crayon de nitrate d'argent. L'état convulsif de l'œil droit a cessé ; cet organe ne présente rien de remarquable.

Les jours suivants, l'état général s'améliore ; l'enfant tette bien, dort bien ; sa peau est moins sèche ; les lèvres sont un peu plus colorées ; il est survenu une selle. Même état de l'œil.

Le 11, l'opacité a gagné toute la surface de la cornée.

Aujourd'hui Gustave P... est un jeune homme fort et robuste ; mais sa cornée gauche est complétement opaque.

Magendie, dans ses expériences sur les animaux vivants, était arrivé à ce résultat que la privation d'aliments causait, entre autres phénomènes, une perforation non inflammatoire de la cornée ; M. Chossat était arrivé au même résultat. Une différence cependant distingue les ulcérations constatées par ces physiologistes de l'ulcération qui fait l'objet de cette observation. Sur les chiens soumis aux expériences, les ulcérations de la cornée semblent avoir été produites par un emporte-pièce ; les portions de la cornée qui les avoisinent ne sont point opaques, ne sont point troubles. Dans cette observation, au contraire, la cornée a paru trouble, opaque, dès que la maladie a été soumise à mon observation, et j'ai été appelé le deuxième jour.

Cette différence est-elle suffisante pour faire de ces deux maladies deux affections différentes ? Je ne le pense pas. L'absence de toute inflammation, l'apparition subite de la maladie dans un moment où l'insuffisance de l'alimentation est des mieux prouvée, m'autorisent suffisamment à conserver à mon observation le titre que je lui ai donné.

Emphysème sous-cutané de la poitrine par cause traumatique sans lésion extérieure. — Guérison.

Le 10 mai 1855, sur les deux heures du soir, l'on amène dans mon

cabinet Antoinette Bullon, forte et robuste, âgée de cinquante-quatre ans, qui a fait une chute de sa voiture.

Le 10 mai, pendant la nuit, une roue de sa voiture chargée de fruits lui a passé sur la poitrine. Il existe de la dyspnée, de la toux sèche. accompagnée de douleurs; 80 pulsations seulement; 40 respirations. Douleur au côté gauche de la poitrine. Tout ce côté présente un bien plus grand développement que le côté droit. Au-dessus du sein, l'on remarque une légère écorchure causée par le passage de la roue. La mamelle a plus que doublé de volume. Si l'on comprime avec le doigt la peau, depuis le sternum jusqu'à l'aisselle, on perçoit une crépitation semblable à celle qu'on obtient en comprimant un fragment de poumon sain. L'examen le plus attentif ne fait reconnaître aucune fracture de côtes. Par l'auscultation, l'on entend la respiration très-pure dans le côté droit, très-affaiblie dans le côté gauche.

Repos au lit, saignée, frictions aromatiques sur le côté emphysémateux. La malade ne suit aucun de ces conseils; elle se fait transporter à son domicile, distant de 36 kilomètres.

Quinze jours plus tard, la malade est revue; elle s'est hasardée à conduire elle-même sa voiture au marché; l'emphysème a disparu, la toux a cessé, la dyspnée persiste, mais à un faible degré.

Cette observation rappelle à M. Mavel deux autres cas semblables : l'un, publié dans la *Gazette des Hôpitaux* le 1er février 1853, n'en diffère que par les accidents plus graves qui en furent la suite; l'autre en diffère davantage, en ce qu'elle ne fut pas due à une cause traumatique; elle a été communiquée à la Société de médecine pratique dans sa séance du 7 octobre 1852.

Dans ces trois observations qui me sont propres, dit l'auteur, seuls cas d'emphysème sous-cutané qu'il m'ait été donné d'observer, la maladie s'étant terminée par la guérison, je me crois autorisé à conclure que cette complication des déchirures des voies respiratoires n'a pas par elle-même toute la gravité qu'on leur a attribuée jusqu'à ce jour.

M. Verneuil. On se rappelle que dans l'intéressant travail qu'il a publié dans le premier volume de nos *Mémoires*, M. Gosselin a cité un fait analogue emprunté à Hewson. Ce qui est remarquable, c'est qu'en trois années notre confrère ait eu l'occasion de réunir trois cas semblables.

RAPPORT.

M. Gosselin lit le rapport suivant sur un travail de M. le docteur Fleury, intitulé ***Mémoire sur les kystes des bourses.***

M. Fleury (de Clermont) nous a adressé pour obtenir le titre de membre correspondant un travail intitulé *Des kystes des bourses*, et nous avons été chargés, MM. Michon, Lenoir et moi, de vous en rendre compte. L'auteur commence par s'étonner que cette maladie n'ait pas été décrite, ou du moins qu'aucun fait analogue à ceux dont il a été témoin ne lui ait été signalé par ses maîtres ; ensuite il rapporte ces faits, qui sont au nombre de trois, et dont voici le résumé :

Un premier malade se présente à M. Fleury avec une tumeur du scrotum qui a, quelque temps auparavant, été traitée comme une hydrocèle ; elle n'offre plus aujourd'hui les caractères de cette maladie, mais ressemble plutôt à un sarcocèle. Le chirurgien fait une ponction exploratrice ; un liquide rouge s'écoule sans que la tumeur diminue beaucoup. M. Fleury propose la castration, qui est refusée. Le malade retourne chez lui ; mais une inflammation vive se développe, une suppuration abondante et fétide ne tarde pas à se faire jour par la piqûre, des symptômes généraux graves arrivent : c'est alors que le malade se décide, et que la castration est pratiquée.

En examinant la pièce, M. Fleury a trouvé une cavité assez petite, limitée par une membrane très-épaisse, d'aspect fongueux, et en partie composée de feuillets superposés. Comme le testicule, au lieu de proéminer dans cette cavité, était confondu avec un des points de la paroi, l'auteur en conclut qu'il s'agissait d'un kyste de nature inconnue.

Dans un second fait, le malade avait également été opéré d'hydrocèle par la teinture d'iode ; une récidive avait ramené le malade à l'hôpital au bout d'un mois. Une ponction simple fut alors pratiquée, et donna issue à un liquide coloré en rouge. Une nouvelle reproduction ne tarda pas à avoir lieu, ce qui décida M. Fleury à recourir au procédé de l'incision. Cette opération donna issue à un liquide coloré en rouge, et permit de reconnaître que la membrane d'enveloppe était très-épaisse, et que le testicule ne proéminait pas dans la poche. « Je m'explique alors, dit M. Fleury, l'insuccès des deux premières opérations ; ce n'est pas une hydrocèle, mais un kyste des bourses, que porte le malade. »

Dans une troisième observation, il s'agit d'une tumeur liquide pour le diagnostic de laquelle l'auteur a été moins embarrassé, parce que le testicule se sentait distinctement au-dessous d'elle ; la ponction donna issue à de la sérosité sanguinolente, et fut suivie d'une injection iodée. L'auteur fait alors observer avec raison que ce phénomène, qui l'a frappé, c'est-à-dire la possibilité de sentir le testicule distinct de la tumeur liquide, est un précieux moyen de diagnostic pour les tumeurs

enkystées de cette région, et il termine son travail par des considérations pleines de justesse sur la valeur de ce caractère.

Tel est en substance le travail de M. Fleury. Vous admettrez sans aucun doute avec lui que son troisième malade avait en effet une de ces hydrocèles enkystées péri-testiculaires, que les auteurs n'ont guère décrites au commencement de ce siècle, et qui étaient encore peu connues à l'époque où M. Fleury a fait ses études à Paris. Aujourd'hui ces sortes d'hydrocèles, que les chirurgiens anglais ont bien fait connaître, sont devenues presque vulgaires dans la plupart des cliniques. On sait que les unes renferment un liquide séreux ordinaire, les autres un liquide contenant des spermatozoïdes, et que tous ces kystes primitivement séreux, peuvent à la suite d'une contusion, ou même sans cette circonstance, se transformer en kystes sanguins, ou hématocèles enkystées, comme cela paraît avoir eu lieu sur le malade de M. Fleury, et la possibilité de sentir le testicule distinct de la tumeur est un signe pathognomonique sur la valeur duquel nous avons tous entendu M. Velpeau se prononcer depuis longtemps.

Faut-il blâmer M. Fleury, chirurgien estimé et fort instruit d'ailleurs, de n'avoir pas connu ces recherches, qui sont postérieures à ses études classiques? Votre rapporteur ne le pense pas. Il comprend qu'un praticien occupé puisse laisser échapper les faits consignés et épars dans des recueils périodiques; il en conclut seulement que ces faits ont besoin de se vulgariser davantage et d'être rendus plus accessibles à la majorité des chirurgiens.

Quant à l'affection présentée par les deux premiers malades, votre commission regrette de n'avoir pas trouvé de plus amples détails sur l'opinion et l'interprétation de l'auteur. Selon lui, il s'agissait de kystes; oui, sans doute, si l'on entend par ce mot une tumeur dans laquelle une membrane de nouvelle formation sert de limite au liquide, car il est probable que cette membrane de nouvelle formation existait. Mais nous aurions voulu avoir l'opinion de M. Fleury sur la question de savoir si la membrane kystique dont il s'agit doublait une cavité anormale comme elle, ou une cavité normale, c'est-à-dire la poche séreuse de la région; M. Fleury ne s'occupe pas spécialement de ce sujet; mais, comme il fait ressortir l'absence de saillie du testicule dans cette poche, il nous paraît en induire que la membrane en question limitait une cavité accidentelle. Or nous ne partageons pas cette interprétation, parce que nous avons vu un certain nombre de maladies de la tunique vaginale dans lesquelles le testicule était ainsi refoulé vers la paroi postérieure de la poche, et ensuite parce que sur

la première pièce, qu'il a examinée à loisir, l'auteur n'a pas trouvé de cavité séreuse normale.

Tous ceux d'entre vous, messieurs, qui auront observé des cas de ce genre n'hésiteront pas à admettre avec nous que chez ces deux malades la poche ouverte par M. Fleury n'était autre que la tunique vaginale remplie de liquide sanguinolent et doublée par une fausse membrane de nouvelle formation, que l'on peut avec raison considérer comme une membrane kystique.

Ici encore votre commission se gardera bien de critiquer M. Fleury parce qu'il n'a pas apprécié de cette façon ses deux observations. Elle adresserait plus volontiers ses critiques aux chirurgiens et aux auteurs qui ont servi de maîtres ou de guides à M. Fleury, et qui ne lui ont pas enseigné sur ce sujet, si simple pourtant, des idées justes et vraies. Ouvrez les traités de chirurgie, les faits de ce genre y sont présentés dans les anciens à l'occasion de l'hydrocèle, dans les plus modernes à l'occasion de l'hématocèle. Or, un esprit sévère comme M. Fleury peut-il se faire à l'idée qu'un malade est atteint d'hydrocèle quand le liquide est du sang, et quand il est circonscrit par un kyste accidentel épais? Peut-il, d'un autre côté, considérer comme une hématocèle pure, et conséquemment comme une tumeur exclusivement liquide, une collection limitée par des couches membraneuses épaisses, dont la présence donne à la maladie des caractères propres et une marche clinique toute spéciale? Non, il a manqué à M. Fleury et à tous les hommes qui appartiennent à la même génération, une description de la vaginalite pseudo-membraneuse, et la Société ne pourrait les blâmer de ne pas connaître ce qui ne leur a pas été appris par leurs maîtres, savoir : que la séreuse testiculaire devenait souvent le siége d'une inflammation spontanée ou traumatique qui donnait naissance tout à la fois à une exhalation de liquide et à des fausses membranes sur le feuillet pariétal; que ces fausses membranes se vascularisaient comme partout ailleurs, mais que leurs vaisseaux, à l'époque où les parois en étaient encore fragiles, se laissaient facilement déchirer pendant les ballottements habituels de la région, et versaient du sang dans la cavité. Si on leur avait ajouté que les kystes ainsi formés devenaient le siége d'inflammation grave lorsqu'on les exposait à l'air, et à cause de cela ne devaient pas être ponctionnés sans qu'auparavant tout fût prêt pour une opération ultérieure, M. Fleury n'eût pas exposé, comme le font encore trop de chirurgiens, ses premiers malades aux suites sérieuses, et qui auraient pu être plus dangereuses encore, de la ponction exploratrice. Probablement enfin, si ces détails lui avaient été

connus, l'auteur eût pu faire la décortication, qui eût laissé le testicule intact, au lieu de la castration. Votre rapporteur, enfin, ne peut se plaindre d'avoir une occasion de plus de montrer combien les opinions qu'il défend depuis plusieurs années (1) méritent d'être prises en considération, et il espère qu'en les exprimant de nouveau aujourd'hui par l'intermédiaire de la Société de chirurgie, elles frapperont davantage l'attention des chirurgiens qui n'ont pu se tenir au courant de recherches nouvelles non encore devenues classiques.

Si votre commission n'avait pas les bonnes raisons qui viennent d'être indiquées pour accueillir favorablement la demande de M. Fleury, elle trouverait des appuis suffisants à sa candidature dans les autres publications de ce chirurgien, notamment dans l'observation intéressante de fracture du rocher qu'il a envoyée à la Société de chirurgie en 1854; dans son mémoire récent sur le goître cystique; dans les souvenirs qu'il a laissés parmi nous comme interne distingué des hôpitaux de Paris; dans la position éminente qu'il occupe à Clermont, où il est tout à la fois chirurgien en chef et professeur de clinique, et enfin par la réputation honorable qu'il s'est acquise.

A tous ces titres, nous vous proposons :

1° De déposer dans les archives le travail de M. Fleury;

2° De nommer M. Fleury membre correspondant de la Société.

Le vote est renvoyé à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Larrey présente une tumeur qu'il a enlevée après avoir soumis le malade à l'examen de la Société, et fait de cette tumeur l'exposé suivant.

Tumeur présumée fibro-plastique de la cuisse.

M. Larrey. Je viens soumettre à l'examen de la Société l'énorme tumeur de la cuisse dont j'ai pratiqué l'extirpation hier chez un malade que j'avais présenté dans la séance du 18 juin. Voici en peu de mots les faits antérieurs à l'opération :

Un sous-officier d'artillerie, dans d'excellentes conditions de santé, surveillant d'une poudrerie, reçoit successivement plusieurs chocs d'un manche de pic à la face interne de la cuisse. Une tumeur s'y développe, et acquiert en cinq ans des proportions telles qu'elle envahit

(1) *Mémoires sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale.* (*Archives*, 4e série, t. XXVII.)

une grande partie du membre , et finit par mesurer 80 centimètres de circonférence. Cette tumeur, d'après l'appréciation de tous ses caractères, paraît être de nature fibro-plastique , et réclame l'intervention prochaine de la chirurgie.

La question essentielle est de savoir si l'on peut tenter l'extirpation de la tumeur, ou s'il faut en venir d'emblée à l'amputation de la cuisse. Les opinions se partagent à cet égard , les unes exposant les chances qui permettent d'espérer la conservation du membre , les autres donnant à craindre la nécessité d'en faire le sacrifice.

Partagé entre ces deux extrémités si difficiles et si graves l'une et l'autre, et après m'en être expliqué à la clinique du Val-de-Grâce , je me prononce pour l'extirpation; mais dans ce but j'y prépare le malade pendant deux mois, en faisant exécuter chaque jour à la tumeur des mouvements en tous sens, afin de la mobiliser davantage, et de la détacher, autant que possible, des parties profondes auxquelles elle adhère assez fortement. Ces manœuvres, faites avec adresse et persévérance par le malade lui-même , ont pour résultat réel d'accroître la mobilité de la masse morbide, mais seulement dans les points où cette mobilité existait déjà, c'est-à-dire en avant, en dehors et en haut. Elle est nulle, au contraire, en dedans et un peu en arrière , surtout pendant la contraction des muscles adducteurs, avec lesquels la tumeur a manifestement des connexions directes. Point d'inflammation du reste , point de douleurs résultant des tractions exercées incessamment. Mais nous ne pouvons en obtenir rien de plus. Il faut agir enfin par une opération qui ne saurait être différée plus longtemps, sans exposer la tumeur à s'accroître davantage, à se ramollir et à s'ulcérer , sans exposer aussi le malade à voir son état s'aggraver et à perdre courage.

Je me décide le 19 août à pratiquer l'extirpation dont je ne me dissimule ni les difficultés ni les dangers, en faisant préparer d'avance les instruments nécessaires à l'amputation du membre. MM. Lustreman, Mounier, Laveran et Legouest, professeurs au Val-de-Grâce, m'assistent dans cette opération , ainsi que M. le docteur Thierry, membre du conseil municipal, dont je n'ai pas besoin de citer le savoir en chirurgie. Il s'intéresse particulièrement au brave artilleur.

Le malade, résolu à toutes les éventualités de sa position , si graves qu'elles puissent être, est placé convenablement, et soumis à l'action du chloroforme.

Une première incision courbe, partant de l'extrémité supérieure de la tumeur, à quelques centimètres du pli de la cuisse et se prolongeant jusqu'à son extrémité inférieure près du genou , divise les téguments

de la face interne dans toute sa longueur. Une seconde incision semblable, commencée et terminée aux mêmes points, circonscrit un lambeau de peau ovalaire, mais assez étroit pour permettre ensuite un rapprochement facile des lèvres de cette vaste plaie. Ce lambeau comprend d'ailleurs deux points amincis et bosselés auxquels semblent correspondre des foyers de liquide.

Une troisième incision verticale débride et dégage l'angle supérieur jusqu'à la racine du membre, et à peu près dans la direction de l'artère fémorale, afin d'en faciliter la ligature au besoin, et de donner au moins plus d'aisance à la dissection de la peau et à l'extirpation de la tumeur. La séparation de cette masse morbide commence par la face antérieure et supérieure avec assez de facilité; une portion même de la face externe, sous-jacente à l'aponévrose fascia lata, se prête à l'énucléation; mais, en avant et en dedans, une première difficulté se présente : c'est le muscle couturier, dont la forme a tout à fait changé; il est largement étalé sur toute la face correspondante de la tumeur, à laquelle il adhère même fortement. Essayer de l'en détacher serait trop difficile ou impossible, en augmentant d'ailleurs les embarras de l'opération. Je n'hésite pas, d'après l'avis des assistants, à couper ce muscle au-dessus et au-dessous de ses adhérences. Sa largeur accidentelle excède trois ou quatre fois la largeur normale, comme on pourra s'en assurer sur la pièce anatomique.

En arrière, le droit interne et le grand adducteur, unis également au tissu morbide, sont dénudés dans une grande étendue; reste la face profonde de cette tumeur dégagée en avant et sur les côtés de l'enveloppe cellulo-fibreuse qui lui est propre, mais appliquée directement en bas sur la gaîne fibreuse des vaisseaux fémoraux et sur l'aponévrose d'insertion du grand adducteur, auxquelles l'attachent aussi de fortes adhérences.

La masse dégagée, ramollie et friable dans certains points, se déchire sous les efforts de la traction, et nous oblige à détacher fragment par fragment la portion la plus adhérente, sans qu'il soit possible ou prudent de faire agir le bistouri plus loin, dans la crainte de dénuder ou de léser les vaisseaux fémoraux. Le nerf sciatique, mis à découvert en bas, est ménagé dans cette opération délicate.

La vaste plaie qui en résulte est enfin débarrassée des derniers détritus de la tumeur ou au moins de tout ce qui pouvait en être encore apprécié; la réunion en est faite assez facilement à l'aide des serres-fines et par des bandelettes agglutinatives placées dans les intervalles, ex-

cepté vers l'angle inférieur, laissé libre à dessein pour l'écoulement des liquides. Un pansement simple et léger complète l'appareil.

L'opération n'a pas duré beaucoup de temps, et la perte du sang, assez faible, a exigé seulement la ligature d'une artère musculaire; mais, pendant la dissection de la tumeur, le malade est tombé dans un état de faiblesse qui, nous faisant craindre une syncope, obligea de cesser l'emploi du chloroforme, confié aux soins de M. le docteur Gaujot, notre aide de clinique.

Ranimé peu à peu, l'opéré est reporté à son lit, et, pendant le reste de la journée, il éprouve une sorte de défaillance, avec quelques vomissements, de l'oppression et du refroidissement. La réaction, provoquée par la chaleur, par des frictions et par une potion cordiale, s'établit enfin dans la nuit, et amène un peu de sommeil.

L'examen de la tumeur, fait le lendemain, nous permet de constater les particularités suivantes :

Cette masse morbide, presque entièrement composée de parties solides, contenait cependant une partie liquide renfermée dans des kystes, dont deux avaient été ouverts pendant l'opération, en donnant issue à une certaine quantité de sérosité. Le poids total, ainsi diminué, reste encore à 2,700 grammes. La forme déjà indiquée de cette tumeur est ovoïde, à grand diamètre vertical, ayant environ 25 centimètres sur 15 de largeur. Son siége est sous-aponévrotique et partiellement intermusculaire; son enveloppe cellulo-fibreuse assez forte, existant en dehors, manque en dedans ou vers les adhérences à la gaîne des vaisseaux fémoraux et à l'aponévrose du grand adducteur. Cette enveloppe, qui a peut-être pris son origine sur les tissus fibreux, est doublée elle-même d'un tissu cellulaire adipeux rempli de vaisseaux sanguins qui ont été ménagés en grande partie pendant l'opération. Le couturier, considérablement élargi, se trouve étalé sur la face antérieure de la tumeur et intimement uni à sa membrane d'enveloppe. La coloration du produit morbide est d'un blanc grisâtre, son aspect mamelonné ressemble assez, en certains points, au tissu encéphaloïde; sa consistance est molle, friable, avons-nous dit, plus ferme et plus homogène dans quelques endroits, mais comme pulpeuse dans d'autres.

Sa texture intime est constituée par une trame celluleuse vasculaire démontrant le développement de quelques grosses veines et d'une substance molle, friable, rougeâtre surtout au centre, où elle a une teinte plus foncée, tandis qu'elle est plus blanche dans la couche périphérique, où elle offre absolument l'aspect de la substance cérébrale.

Du sang, épanché en petits foyers dans certains points, infiltré dans d'autres, existe enfin à la partie inférieure de la tumeur.

L'examen microscopique de cette substance fait par M. Coulier, agrégé de l'école du Val-de-Grâce, lui a démontré qu'elle était composée d'une masse de cellules fusiformes au milieu desquelles se trouvent éparses quelques cellules d'apparence cancéreuse, mais dépourvues de nucléoles (1).

Quant à l'état de l'opéré, la réaction s'établit, se soutient, mais faiblement le lendemain, car il éprouve toujours un sentiment de défaillance; il a le pouls petit, dépressible, à 116 pulsations. Les serres-fines sont enlevées et remplacées par des bandelettes agglutinatives soutenues à l'aide d'un pansement simple. Un régime analeptique est prescrit. Point de douleur, point de gonflement dans la cuisse; les lèvres de la vaste plaie paraissent devoir se maintenir en contact; mais il ne nous est permis encore de rien préjuger du résultat d'un cas aussi grave.

M. Houel a vu plusieurs exemples analogues, où les tumeurs n'étaient adhérentes ni aux os ni aux muscles, et pouvaient être énucléées, comme dans l'observation de M. Larrey.

M. Chassaignac rappelle qu'il a présenté un malade affecté d'une énorme tumeur fibro-plastique de la cuisse. C'était la troisième tumeur qu'il enlevait sur ce malade. Aujourd'hui la guérison locale est obtenue, mais il existe des altérations viscérales. Il est remarquable que le système ganglionnaire ne participe nullement à l'affection.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Désormeaux.

Séance du 27 août 1856.

Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. Houel rapporte en ces termes un cas d'épanchement séro-sanguin.

Comme le devoir de tout membre, lorsqu'une discussion s'agite au

(1) Depuis la présentation de cette pièce à la Société de chirurgie, MM. Broca et Verneuil, qui ont bien voulu examiner des portions de la tumeur, y ont trouvé les caractères exclusifs du tissu fibro-plastique, dont les éléments, pour les micrographes, n'ont aucune ressemblance avec ceux du cancer.

sein de cette Société, est de lui apporter tous les faits qui peuvent l'éclairer, je viens vous communiquer le résultat de l'emploi de ponctions capillaires que j'ai mises en usage la semaine dernière d'après le procédé que M. Voillemier vous a exposé pour le traitement des collections sanguines sous-cutanées. Je ne rappellerai pas la discussion qui s'est élevée entre M. Morel-Lavallée et M. Voillemier; je vais, en quelques mots seulement, vous donner le résultat du fait intéressant que j'ai eu occasion d'observer.

Il y a quelques jours, je fus appelé pour donner des soins à un homme d'une cinquantaine d'années, qui avait été violemment renversé dans une rue de Paris. Il était tombé sur le côté gauche du coude et de la hanche. Au coude, il existait une petite plaie sans importance; à la cuisse gauche, il y avait une vaste contusion avec infiltration sanguine de toute la face externe. Mais à la partie supérieure, au niveau du grand trochanter, il s'était formé une collection sanguine du volume du poing, non crépitante, ayant les caractères de ballottement, qui ont été si bien décrits par M. Morel-Lavallée.

C'est le 4 août qu'est arrivé cet accident. A l'exception de la poche, les autres lésions se sont guéries seules; mais cette dernière est devenue douloureuse, empêchait le malade de se coucher de ce côté, et la marche causait de la douleur.

Le 19 août, par conséquent quinze jours après l'accident, je me décidai à faire une ponction avec la tige d'un trocart explorateur. J'ai pu retirer environ 100 grammes d'un liquide séro-sanguinolent, qui contenait beaucoup de cristaux de cholestérine, et qui n'a pas tardé à produire un caillot au fond du vase. Le 21, j'ai renouvelé la ponction, qui a donné issue à peu près à une égale quantité de liquide, qui avait aussi les caractères précédents. Ces deux fois, le liquide s'est écoulé par jets, comme dans une saignée, et il me suffisait de presser sur les parois de la poche pour en accélérer la projection. Le 23, je fis une troisième ponction. Mais la poche contenait près de moitié moins de liquide. Le malade ne souffrait plus; il pouvait se coucher sur le côté, et la quatrième et dernière ponction fut faite le 25.

Ainsi, dans un espace de huit jours, j'ai pu débarrasser mon malade, sans lui faire éprouver aucun danger, d'une collection sanguine qui, outre qu'elle gênait la marche, ne laissait pas que de l'inquiéter. Un résultat aussi heureux confirme en tous points les faits avancés par M. Voillemier, et m'a engagé à vous communiquer cette observation.

NOMINATION DE MEMBRE CORRESPONDANT.

Sur les conclusions de M. Gosselin, M. Fleury (de Clermont) est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

CORRESPONDANCE.

M. Decès adresse une lettre de remerciments à l'occasion de sa nomination de membre correspondant.

— M. Monod écrit pour obtenir un congé.

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Essai sur les tumeurs de la région palatine, par le Dr Parmentier.

De l'emploi de l'appareil à pointe métallique dans les fractures de la jambe, par M. Arrachart. (Thèse inaugurale envoyée pour le prix Duval.)

Le tome VII des *Archives générales de médecine*, 5e série, offert par M. Follin.

Le volume XXV, pars II, des *Novorum actorum Academiæ Cesareæ Leopoldino Carolinæ naturæ Curiosorum.*

LECTURES.

Occlusions et rétrécissements du larynx. — M. Jules Roux, membre correspondant de la Société, lit le mémoire suivant :

Les occlusions complètes du larynx sont rares. Il en existe un fait authentique observé dans le bagne de Toulon en 1828, et publié par feu Jean-Joseph Reynaud, premier chirurgien en chef de la marine, et par M. le docteur Martinenq, chirurgien de 1re classe en retraite (*Gazette médicale*, année 1841, page 583; *Journal de Broussais*, page 36, 16e année, 1829). M. le docteur Houel a parlé à la Société de chirurgie d'un fait semblable emprunté à la clinique de Langenbeck (séance du 26 janvier 1855), et MM. Trousseau et Gintrac en ont, je crois, rapporté d'analogues.

Les plaies qui intéressent presque toute l'étendue du larynx et la laryngo-trachéotomie en sont le plus souvent les causes productrices.

Il me semble qu'on pourrait remédier à cette lésion, jusqu'ici considérée comme incurable, par la laryngotomie thyroïdienne, qui permettrait de découvrir l'adhérence, de la détruire, et de rétablir la continuité du canal aérien, en faisant cicatriser les plaies sur une canule à demeure introduite à travers la membrane sous-hyoïdienne, et dépassant la fistule trachéale, par laquelle la respiration s'accomplissait.

Les rétrécissements du larynx sont moins rares. M. le professeur

Nélaton en a rencontré un qui s'étendait au larynx et à une partie de la trachée, et qui nécessitait le maintien d'une canule à la partie inférieure du cou. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1855, page 199.)

M. le professeur Denonvilliers a entretenu la Société de chirurgie d'un fait important. (Séance du 17 janvier 1855.)

Plusieurs cas analogues se sont offerts à mon observation. Un matelot, atteint du croup, avait subi la trachéotomie cricoïdienne; il en est résulté un tel rétrécissement du tuyau laryngien, la dyspnée était si considérable après le moindre effort, que le malade a été déclaré impropre au service deux ans après. Chez un autre, affecté de rétrécissement avec fistule, j'ai pu guérir celle-ci par la méthode de l'*occlusion par substitution* (*Union médicale*, année 1855, page 517). Le troisième est le sujet de l'observation que je vais bientôt exposer en détail.

Je suis bien convaincu que d'autres faits de rétrécissement du larynx existent dans la science, et que la plupart des chirurgiens qui me font l'honneur de m'écouter en ont rencontré des exemples dans leur pratique.

L'œdème de la glotte, les laryngites, le croup, les ulcérations syphilitiques, les plaies, la trachéotomie, l'atrophie de l'appareil laryngien sont les principales causes de ces rétrécissements.

La laryngotomie sous-hyoïdienne, celle pratiquée directement sur le cartilage thyroïde, la dilatation, tels sont les moyens les plus actifs qu'on peut diriger contre la lésion qui nous occupe.

Voici, messieurs, l'observation que j'ai surtout en vue de soumettre à votre appréciation; bien qu'elle consacre un insuccès, je la crois susceptible de mériter toute votre attention.

Depuis le fait remarquable, si souvent rappelé, du condamné Leblanc, du bagne de Toulon, qui, après une double tentative de suicide, arriva à ne plus respirer désormais que par une fistule trachéale, alors que le larynx s'était oblitéré au-dessus d'elle, et chez lequel la parole était encore possible, malgré la perte complète de la voix, une affection du même genre s'est de nouveau offerte au bagne de Toulon vers la fin du mois de septembre 1855.

Le condamné Mohamed, de taille moyenne, âgé de trente-huit ans, cultivateur aux environs de Mostaganem, ayant été atteint du croup dans la prison d'Oran, y avait subi l'opération de la laryngo-trachéotomie, à la suite de laquelle la respiration, se faisant uniquement par la fistule, ne s'était plus rétablie par les voies naturelles à cause de la déformation et du rétrécissement du larynx. Chez cet Arabe, ce qui

ne doit plus surprendre à présent en raison des précédents connus, la parole existait encore en l'absence complète de la voix; mais chez Mohamed, comme chez Leblanc, elle était faible, et dépendait certainement des modifications que le tuyau bucco-labial imprimait à l'air mis en mouvement par l'ascension brusque du larynx, comme on le voit chassé dans un corps de pompe par la pression du piston.

Rétablir les voies naturelles et rendre ultérieurement au malade la voix, l'odorat, la parole plus forte en permettant à l'air de reprendre son cours à travers le larynx, la bouche et les fosses nasales, était certainement une tentative digne de solliciter les plus grands efforts.

Pour obtenir ce résultat, et après que tous les essais de dilatation furent restés infructueux, j'ai fait des études sur le cadavre, qui m'ont révélé la facilité, je dirai presque la simplicité de la trachéotomie sous-hyoïdienne proposée par M. Malgaigne, et restée encore, je crois, sans application.

J'ai fait construire en plomb et en argent des canules de courbures et de dimensions variables; j'ai soumis Mohamed à d'incessantes investigations qui m'ont appris que chez lui :

1° Le larynx n'était pas oblitéré, mais seulement rétréci, puisque j'étais parvenu à faire passer une sonde par la fistule trachéale et à la retirer par la bouche; cependant le rétrécissement était tel que pas une bulle d'air ne passait par le larynx;

2° Que l'appareil laryngien avait subi de grandes modifications dans sa forme et dans sa texture, puisque l'on ne sentait plus les reliefs et la consistance de ses cartilages ordinairement si apparents.

L'affection diphthéritique dont, il y a deux ans à peine, Mohamed avait été atteint avait certainement dû modifier son larynx, puisque le pharynx en conservait des traces indélébiles, telles, par exemple, que l'adhérence intime de presque toute l'étendue du bord libre du voile du palais à sa paroi postérieure; mais ces modifications ne pouvaient pas en ce moment être appréciées complétement, comme elles l'ont été depuis; leur atrophie extraordinaire pouvait d'autant moins être pressentie que les organes génitaux n'avaient pas subi la plus légère diminution de volume. Notons bien qu'une sonde d'un certain calibre pouvait traverser le larynx, et que la seule autopsie qui existât dans un cas analogue, celle du condamné Leblanc, faite plus de sept ans après l'accident, démontrait l'occlusion d'un point du larynx, mais aussi la persistance de la cavité laryngienne au-dessus.

Je n'avais donc pu constater et supposer dans le larynx de Mohamed qu'un rétrécissement prononcé, mais partiel, produit par l'inflammation

diphthéritique, par celle de la canule laissée à demeure dans son voisinage et dépendant aussi de la loi générale à laquelle sont soumises toutes les voies naturelles, qui ne manquent pas de se rétrécir chaque fois qu'elles ne sont plus parcourues par leurs excitants normaux.

Après bien des réflexions, je m'arrêtai à la pensée de pratiquer chez Mohamed la trachéotomie sous-hyoïdienne, d'introduire de haut en bas dans le larynx et la trachée, jusqu'à 3 centimètres au-dessous de la fistule trachéale, une double canule en argent; de la laisser à demeure pendant le temps nécessaire pour obtenir la cicatrisation de la fistule et la reconstitution du tube aérien, et pendant tout ce temps l'air devait pénétrer dans les poumons soit par l'ouverture extérieure de la canule, soit par l'ouverture pratiquée sur la convexité de sa courbure et qui, répondant à la cavité du larynx, devait recevoir celui qui avait traversé la bouche ou les fosses nasales; l'air expiré suivrait la même route, et le malade devait ainsi recouvrer immédiatement l'odorat et une parole plus forte.

Mohamed désirait beaucoup l'opération, dont je lui avais fait entrevoir les résultats possibles; le 27 décembre 1855, je la pratiquai, après avoir eu soin d'assurer la respiration en arrêtant autour du cou, à l'aide d'un lien circulaire, la canule trachéale que portait habituellement le malade. Je le plongeai donc dans l'éthérisme chloroformique avec une forte sonde en gomme élastique ouverte à ses deux bouts, et dont une extrémité était engagée dans la canule trachéale, tandis que l'autre plongeait dans la cavité d'un sac à éthérisation.

Une incision transversale d'environ trois centimètres faite entre l'os hyoïde et le larynx a permis de diviser la peau et les tissus sous-jacents, le plus grand soin étant apporté à étancher le sang et à tarir ses sources capillaires; une seule ligature fut jetée sur une artériole cutanée. L'incision transversale avait déjà atteint près de cinq centimètres de profondeur, à travers des tissus sensiblement indurés, que la cavité aérienne n'était point encore ouverte; pour en révéler la présence, servir de point de repère et donner l'assurance que le bistouri n'avait pu s'égarer, il fallut un moment enlever la canule trachéale, introduire par la fistule une sonde qui, retirée par la bouche, fut sentie dans la profondeur de l'incision, derrière une faible épaisseur des parties molles. Le canal aérien fut donc ouvert, et son incision agrandie à l'aide d'un bistouri boutonné.

Les chirurgiens auront peine à comprendre que dans une région ordinairement si bien limitée par ses reliefs saillants et si facile à atteindre, les déformations aient été telles; les transformations avec mélange

d'atrophie pour certains tissus, d'hypertrophie pour d'autres, aient été si prononcées, que, pour découvrir et pénétrer dans le canal aérifère, j'aie rencontré des difficultés presque égales à celles qu'on trouve pour découvrir et pénétrer sans conducteur dans la portion membraneuse de l'urètre, à travers une incision périnéale. J'ai pu constater que chez Mohamed la partie laryngienne des voies respiratoires était réduite en un tube difficilement accessible et si étroit, que le petit doigt n'en pouvait franchir l'ouverture glottique, circonscrite par un anneau résistant, inextensible.

La profondeur du canal aérien, son étroitesse, l'inextensibilité de son orifice, rendirent très-laborieuse l'introduction de la canule, dont la courbure dut être singulièrement augmentée. La partie sus-trachéale du tuyau laryngien ne put même être franchie que par une canule d'un si petit diamètre qu'il eût été insuffisant pour entretenir la respiration.

Ces considérations, surtout l'absence presque complète de cavité laryngienne et les fatigues du malade inséparables d'une longue opération, me firent renoncer, dans le cas présent, à rétablir la continuité des voies naturelles. Après cette opération, supportée avec le fatalisme arabe, qui d'ailleurs n'amena qu'une perte de sang insignifiante et pendant laquelle la respiration était restée convenable, le malade fut remis dans son lit, et ne tarda pas à boire avec facilité. Les jours suivants, tout se passa bien ; il n'y eut pas de fièvre. Bientôt Mohamed demanda des aliments, et la plaie sous-hyoïdienne marcha vers la guérison.

Cependant la plaie se cicatrisa à l'intérieur, et vers le commencement du mois de février le malade paraissait avoir repris son appétit et toutes ses forces, lorsqu'il fut atteint de bronchite en apparence légère ; mais les symptômes allèrent toujours en s'aggravant, et vers la fin du mois de mars il succomba à la phthisie aiguë, affection malheureusement très-commune chez les Arabes qui, loin de leur pays, vivent dans les mêmes conditions que l'opéré.

L'autopsie de Mohamed montra dans les deux poumons, le gauche surtout, les caractères anatomiques de la tuberculisation la plus avancée ; tous les autres organes n'offraient rien d'anormal, si on en excepte le larynx, qui est dans un état d'*atrophie extraordinaire*. Il est important de faire remarquer que les organes génitaux et le cervelet n'offrent pas la plus légère diminution, et que Mohamed, très-religieux, ne les excitait cependant jamais.

Pour que la Société de chirurgie apprécie bien quel est le degré d'atro-

phie du larynx que j'ai l'honneur de mettre sous ses yeux, elle pourra le comparer au larynx normal d'un homme de taille moyenne que j'ai préparé à la même époque ; de sorte que ces deux pièces anatomiques sont dans l'alcool depuis un temps égal. Le larynx normal, traversé par une double canule en plomb, montrera aussi quel était le résultat que je me proposais d'atteindre, et que je n'ai pu obtenir à cause des modifications tout à fait imprévues qu'avait subies le larynx de l'opéré. En effet, son volume est diminué de plus de moitié ; l'ouverture épiglottique forme une gouttière étroite oblique de haut en bas et d'avant en arrière, de trois centimètres de long, au bas de laquelle on distingue à peine un cartilage arythénoïde. Les ventricules du larynx sont obliquement dirigés de haut en bas ; le cartilage thyroïde, en partie fibreux, est aplati en avant, et le cricoïde, divisé sans doute par la première opération de trachéotomie, est réduit à de si faibles dimensions dans tous les sens, qu'il ne constitue plus qu'un canal aplati de six millimètres de diamètre et de dix millimètres de haut. C'est l'atrophie de la partie postérieure de ce cartilage qui a produit la gouttière épiglottique en entraînant les éléments du larynx qui s'y attachent. Au-dessous de la fistule, la trachée est dans l'état normal.

Les deux ouvertures qu'on remarque sur cette pièce pathologique sont dues : l'inférieure à l'opération de laryngo-trachéotomie pratiquée à Oran ; la supérieure, que j'ai rétablie, à la trachéotomie sous-hyoïdienne faite à Toulon.

Ces détails anatomiques, insuffisants sans doute afin de ménager la pièce pathologique, seront, je l'espère, complétés par un membre que la Société voudra bien désigner pour l'examiner et lui en rendre compte ultérieurement.

Il n'échappera, j'espère, à personne, que, pendant les opérations que je propose, comme dans celles que j'ai accomplies, la respiration est assurée par la canule trachéale maintenue fixe, et que par là tout danger de suffocation est conjuré, le bistouri n'ayant à diviser que les parties des voies aériennes distraites pour ainsi dire des voies respiratoires.

M. Voillemier présente les observations suivantes sur la communication de M. J. Roux :

J'ai écouté avec le plus grand intérêt la communication que vient de faire notre excellent collègue M. Jules Roux. Il voudra bien me permettre de lui présenter quelques observations. Son malade portait depuis longtemps une canule dans la trachée, et en même temps il avait un rétrécissement notable du larynx. Il lui fit une incision au-

dessous de l'os hyoïde pour placer dans le larynx une canule qui, percée sur sa convexité, permettrait à l'air d'arriver directement vers les parties supérieures. Mais, puisqu'il y avait un rétrécissement, il n'était pas possible d'introduire la canule qu'il a fait construire, et qui a la grosseur d'une canule ordinaire; il lui aurait fallu d'abord dilater le rétrécissement, et pour cela le moyen le plus simple eût été d'introduire par la bouche des corps dilatants à l'aide d'un conducteur passé par l'ouverture de la trachée.

Pour dire ma pensée sans réserve, je n'ai pas grande foi dans ces opérations. Dans un cas analogue, voulant explorer le rétrécissement du larynx, et ayant pénétré dans sa cavité avec une simple bougie, la gêne, l'anxiété du malade furent telles que je renonçai vite à mon examen. Mais dans le fait rapporté par M. Roux, je suppose la tolérance des dilatateurs et le rétrécissement dilaté, il se reproduira très-promptement s'il est abandonné à lui-même. D'un autre côté, si on maintient une canule dans le larynx, qu'aura-t-on gagné? Évidemment le malade ne retrouvera pas la voix. Je souhaite bien que notre collègue finisse par obtenir un succès auquel je serais le premier à applaudir, mais que je n'ose espérer. Dans un cas semblable, je laisserais le malade avec sa canule trachéale.

M. J. Roux répond que c'est ainsi qu'il comptait d'abord agir, mais qu'il avait été bientôt arrêté par une résistance telle, qu'il avait dû renoncer à la dilatation. C'est alors qu'il a espéré rendre l'opération plus facile en commençant par la trachéotomie *sous-hyoïdienne*.

M. Cazeaux demande à M. J. Roux si la vie de son malade était en danger.

M. J. Roux répond que le malade n'était pas en danger de mort, mais qu'il avait un désir de pouvoir parler haut auquel il fallut céder.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Luxation ancienne de la deuxième phalange du pouce.

M. Broca présente le moule en plâtre d'une luxation ancienne de la deuxième phalange du pouce droit.

Voici en quelques mots l'histoire du malade :

Cet homme, nommé Rey, âgé aujourd'hui de soixante ans, raconte qu'il y a vingt ans, en hissant une charpente, il eut le pouce droit saisi dans le nœud d'une corde. La corde était passée entre deux planches très-rapprochées, entre lesquelles la main ne put s'engager; le pouce, attiré en bas par le nœud et retenu par le bord des planches, fut vio-

lemment fléchi en arrière dans son articulation médio-phalangienne. La phalange unguéale fut luxée en arrière, de telle sorte qu'elle faisait un angle aigu avec la première phalange. Le malade se mit entre les mains d'un rebouteur, qui fit de vaines tentatives de réduction et qui appliqua un appareil. Au bout de quarante jours, l'appareil fut enlevé; la difformité était alors exactement la même qu'aujourd'hui.

Lorsque la main est dans la situation verticale, la seconde phalange du pouce est à peu près horizontale, de telle sorte que sa face unguéale est dirigée en haut et sa face palmaire en bas. Sa facette articulaire est en rapport avec la face dorsale de la phalange supérieure. L'extrémité inférieure de cette dernière phalange forme sous les téguments, du côté de la région palmaire, une saillie arrondie et recouvorte d'une couche épaisse d'épiderme. L'articulation accidentelle qui a été la conséquence de cette luxation présente une certaine mobilité, mais il n'est pas possible de redresser la phalange luxée au delà de l'angle droit. Cette difformité gêne beaucoup le malade, qui a plusieurs fois réclamé l'amputation; mais M. Broca a pensé qu'il était préférable de laisser les choses dans l'état où elles sont.

Anévrysme de l'artère dentaire.

M. Larrey présente, au nom de M. Rufz, qui l'a montrée lui-même à l'Académie, une pièce anatomique fort curieuse. Il s'agit d'un anévrysme de l'artère dentaire développé dans les conditions suivantes :

Une jeune fille créole de treize à quatorze ans, non réglée, était sujette à des crachements de sang dont la source avait été méconnue. Elle vint consulter M. Rufz, qui constata sur le bord externe de l'os maxillaire inférieur du côté droit une fongosité de la gencive saignant à certains contacts, et offrant des pulsations sensibles. Cette tumeur paraissait être une sorte d'épulie; l'ablation en était résolue; et tandis que notre confrère se disposait à pratiquer l'opération, en explorant la bouche et en pressant sur l'une des dents molaires, il la vit s'enfoncer sous son doigt. Un jet de sang considérable s'échappa tout à coup du même point; et avant que l'on ait pu arrêter cette hémorrhagie, la jeune fille, épuisée par toutes celles qu'elle avait eues précédemment, expira tout à coup.

L'autopsie fit voir une excavation osseuse remplie de sang, formée par le canal dentaire dilaté dans toute la longueur de la branche horizontale de la mâchoire jusqu'à la branche ascendanto.

C'est à cette disposition, dont la science ne paraît pas avoir recueilli d'autre exemple, que M. Rufz donno le nom d'anévrysme dentaire.

Notre honorable confrère se propose, du reste, de publier l'observation complète de ce cas intéressant.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 3 septembre 1856.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Cancer du maxillaire supérieur. — M. DESORMEAUX présente un homme affecté d'une tumeur cancéreuse ulcérée du maxillaire supérieur. La maladie a débuté, il y a trois mois environ, par la face interne du bord alvéolaire, au niveau des grosses molaires. Aujourd'hui elle occupe le bord libre et la face interne du bord alvéolaire, et s'étend jusqu'à la ligne moyenne sur la voûte du palais; le doigt la retrouve sur le plancher des fosses nasales; le plancher de l'orbite paraît sain, ainsi que la moitié antérieure de l'os, qui porte encore les dents incisives.

M. GOSSELIN, qui a vu le malade il y a trois mois, remarque que les progrès de la maladie ont été rapides. Il pense quo, si l'on veut opérer, il faudra se hâter; du reste, on pourrait se contenter de l'ablation partielle en conservant les parties saines.

M. GUERSANT serait d'avis d'extirper le maxillaire en totalité.

M. VERNEUIL croit qu'en raison du siége primitif do la maladie l'altération doit être encore limitée à une partie de l'os, et demande si l'on ne devrait pas tenter de conserver les parties saines, en particulier le plancher de l'orbite.

— Le procès-verbal est lu et adop é.

— M. VERNEUIL a la parole pour faire connaître los conclusions du travail de M. Decès.

PREMIÈRE CONCLUSION. — *Je crois pouvoir conclure des faits qui précèdent qu'il y a grand avantage à conserver le tissu inodulaire toutes les fois qu'on peut, à l'aide de coupes convenables, l'utiliser et l'approprier à la restauration des cicatrices vicieuses.*

M. CHASSAIGNAC repousse l'emploi du tissu inodulaire dans les lambeaux autoplastiques. En effet, ce tissu est beaucoup plus sujet à s'ulcérer que les tissus sains sous l'influence des causes qui agissent sur

les lambeaux. En outre, alors même que sa tendance à la rétraction paraît complétement satisfaite, si on fait cesser, en le détachant, les tractions auxquelles il est soumis, on le voit souvent se rétracter de nouveau. Dans un cas de bride cicatricielle énorme qui réunissait l'avant-bras au bras, M. Chassaignac voulut utiliser le tissu de la cicatrice : il passa sous le milieu de la bride un couteau, au moyen duquel il la détacha de l'avant-bras ; mais, aussitôt que ce lambeau fut libre, il se rétracta tellement qu'il ne put servir en rien à recouvrir la plaie. Enfin, il arrive très-souvent qu'une bride épaisse ne peut pas se dédoubler pour servir à former un lambeau.

M. Guersant ne professe pas une opinion aussi exclusive que M. Chassaignac; sans doute, lorsqu'on forme des lambeaux avec du tissu cicatriciel, on les voit souvent se gangrener, mais dans quelques cas on peut réussir, et il est bon de l'employer quand on n'en a pas d'autre à sa disposition, plutôt que de renoncer à une opération nécessaire. M. Guersant est, du reste, de l'avis de M. Chassaignac au sujet de la rétraction des lambeaux de tissu inodulaire, et cite à l'appui de son opinion le fait d'un cocher qui, par suite d'une brûlure traitée par Dupuytren, avait une bride étendue du bras à l'avant-bras. Après avoir détaché ce lambeau de l'avant-bras, il le vit se rétracter presque complétement, de façon qu'il ne put en tirer aucun parti pour l'occlusion de la plaie.

En résumé, suivant M. Guersant, l'emploi des cicatrices dans les lambeaux a quelquefois de l'avantage, mais ne réussit pas le plus souvent.

M. Larrey ne partage pas entièrement l'opinion peut-être un peu exclusive de M. Docès ; mais il n'adopte pas non plus complétement celle de M. Chassaignac. Si le tissu cicatriciel est coloré, s'il est sensible, extensible, assez épais, si, en un mot, il se trouve dans de bonnes conditions de vitalité, on peut l'utiliser pour la formation des lambeaux autoplastiques ; si, au contraire, il est mince et peu vivant, on ne doit pas l'employer. Il y a là, suivant M. Larrey, une lacune à combler. M. Larrey a été conduit à faire cette observation par d'assez nombreux cas de difformités à la suite de blessures qu'il a étudiées, surtout sur des blessés de Crimée.

M. Huguier convient, avec M. Chassaignac, qu'il faut autant que possible éviter de faire entrer dans les lambeaux du tissu inodulaire. Mais il est des cas où l'on est obligé de s'en servir, faute de pouvoir tailler le lambeau dans des tissus sains. Ainsi la blépharoplastie, la chéiloplastie, qui se font le plus souvent pour remédier aux difformités

qui suivent de vastes brûlures, ne peuvent en général être pratiquées qu'à l'aide de lambeaux taillés dans les cicatrices, et cependant elles donnent très-souvent de beaux résultats. M. Huguier pense donc qu'il ne faudrait pas se laisser arrêter à ce que l'on ne peut disposer de tissus sains.

M. Verneuil partage complétement l'avis de ceux qui font des restrictions au principe posé par M. Decès, et il lui reproche, dans son rapport, de n'avoir pas précisé les conditions dans lesquelles le tissu des cicatrices peut être employé avec avantage. A l'appui de ce qu'on a dit sur la facilité avec laquelle ce tissu s'ulcère, M. Verneuil rapporte qu'il a vu dans un cas d'autoplastie employer un lambeau dont une partie était occupée par une cicatrice de *lupus*, et les tissus sains servirent seuls à la réparation, la cicatrice ayant complétement disparu par ulcération. Enfin, il a protesté contre cette assertion de M. Jobert, admise par M. Decès, que le tissu de cicatrice ne doit son aspect qu'à la distension à laquelle il est soumis, et qu'une fois détendu il prend les caractères du tissu cutané.

Deuxième conclusion. — *On peut utiliser le tissu inodulaire dans les cicatrices trop courtes, parce qu'à l'aide de coupes ondulées on parvient aisément, par son extension, à proportionner son allongement aux besoins les plus exigeants; que cet allongement prévient l'écartement des coupes, rapproche les lèvres, favorise leur réunion immédiate, circonstances qui éloignent toutes chances de récidive.*

Troisième conclusion. — *Dans les cicatrices adhérentes par leur face profonde, parce qu'à l'aide de coupes sous-cutanées il est facile de l'isoler de ses adhérences profondes, et ensuite de le mobiliser, de l'entraîner et de l'assujettir dans une position convenable jusqu'à ce qu'il ait contracté de nouvelles adhérences qui préviennent le retour de toute difformité.*

M. Richard rapporte que deux fois il a détaché des cicatrices en coupant leurs adhérences aux os sous-jacents, et que les deux fois les adhérences se sont reproduites, et la difformité a reparu. Dans d'autres cas il a avivé la peau déprimée, et l'a réunie par-dessus les points adhérents. Cette méthode lui paraît beaucoup plus avantageuse.

M. Marjolin a fait disparaître la difformité qui résultait de cicatrices de fistules dentaires en détruisant leurs adhérences par l'incision sous-cutanée.

M. Larrey demande si Dieffenbach n'avait pas posé le principe de détacher les cicatrices adhérentes aux parties profondes.

M. Verneuil répond que M. Decès ne donne pas cette idée comme

nouvelle. Delpech avait déjà détaché des cicatrices adhérentes ; mais M. Decès a érigé cette pratique en principe. Du reste, la section n'est pas toujours nécessaire, car, dans un cas d'ectropion, M. Lenoir est parvenu à ramener la paupière en place en relâchant les adhérences au moyen de tractions convenables.

M. Larrey pense que cette manœuvre est utile, même dans les opérations d'autoplastie proprement dite. Souvent il a soin de pratiquer à plusieurs reprises des tractions sur les parties saines qui doivent servir à former le lambeau, afin de les mobiliser et de relâcher les adhérences de la cicatrice aux parties profondes.

M. Guersant trouve que dans cette conclusion M. Decès est encore trop absolu. Le précepte qu'il établit peut être suivi dans certains cas, mais ne doit pas être généralisé.

quatrième conclusion. — *On peut l'utiliser dans les cicatrices unissantes, parce qu'à l'aide de coupes latérales on peut l'isoler des parties voisines, en faire un lambeau qu'on fait glisser et qu'on greffe ensuite dans le lieu convenable, où il se transforme bientôt en une nouvelle commissure, dont la présence suffit pour prévenir toute tendance à l'agglutination.*

M. Verneuil, après la discussion de ces conclusions, rappelle quelques cas remarquables rapportés dans le travail de M. Decès.

M. Maisonneuve, dans une discussion qui eut lieu au sein de la Société de chirurgie, a dit que l'on pouvait, par une distension prolongée, rétablir la paupière déformée par un ectropion. M. Decès a rapporté un cas très-remarquable de ce genre. Le malade, affecté d'ectropion, avait été opéré par le procédé de Wharton Jones; mais le lambeau s'étant gangrené, la difformité s'était reproduite. M. Decès maintint la paupière abaissée au moyen d'un appareil à ressort qui la repoussait à sa place. La guérison eut lieu, et durait encore au bout d'une année.

M. Larrey rapporte qu'en 1839 ou 1840, à l'hôpital des Cliniques, où il suppléait M. Cloquet, un horloger suisse s'était présenté avec un ectropion qui avait été opéré plusieurs fois sans succès par des chirurgiens de la Suisse et de Lyon. Ce malade avait imaginé un appareil très-ingénieux pour maintenir la paupière relevée. Il porta cet appareil pendant plusieurs mois sans obtenir la guérison de son ectropion.

M. Huguier, ayant vu constamment échouer les opérations tentées contre le symblépharon, imagina le procédé suivant. Dans un cas de symblépharon de la paupière supérieure, il détruisit les adhérences; puis, pour les empêcher de se reformer, il plaça entre la paupière et le globe de l'œil un petit linge maintenu en place au moyen de deux fils

fixés à chacun des angles supérieurs, et qu'il fit passer à travers la paupière supérieure, en dedans et en dehors, pour les nouer à l'extérieur sur des rouleaux de diachylon. La guérison eut lieu en six semaines, et ne s'était pas démentie au bout d'un mois.

Dans un autre cas, il y avait adhérence des paupières entre elles à leur partie interne en même temps que symblépharon. M. Huguier détacha d'abord les paupières, et réunit sur le bord libre de chacune d'elles la muqueuse à la peau; ensuite il détruisit les adhérences au globe de l'œil, et traversa les paupières avec des fils qu'il fixa au front et au nez pour les tenir renversées. La guérison eut lieu, et se maintint pendant un mois, au bout duquel M. Huguier perdit le malade de vue.

M. Verneuil remarque que ces observations, très-intéressantes d'ailleurs, ne sont pas à l'abri de toute critique, les malades n'ayant pas été suivis assez longtemps; la difformité a pu se reproduire par la suite.

La méthode employée par M. Huguier n'est autre que celle de l'interposition d'un corps étranger entre les surfaces dont on veut empêcher la réunion. Mais il est des cas où elle ne peut réussir. On voit souvent des douleurs intolérables se développer au moment où la cicatrice se fait, et forcer à retirer le corps étranger.

La discussion sur le mémoire de M. Decès est close.

RAPPORT.

M. Gosselin lit un rapport sur le mémoire de M. Béraud intitulé *Des diverticulums de la tunique vaginale.*

Des remercîments seront adressés à l'auteur, et son travail sera renvoyé au comité de publication, ainsi que le rapport de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. A. Bertherand, les deux ouvrages suivants :

Sur la rupture spontanée du cœur;

Sidi-Sionti, ou Livre de la miséricorde dans l'art de guérir les maladies et de conserver la santé. (Traduit de l'arabe.)

Renvoi à la commission chargée d'examiner les autres travaux de M. Bertherand.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Anus contre nature. — M. Gosselin met sous les yeux de la Société

une pièce d'anus contre nature qui a été traité, il y a plus de trois mois, par l'entérotome de Dupuytren.

Le malade était un jeune homme de vingt-sept ans qui avait eu, le 8 mars dernier, une hernie inguinale congéniale à droite, étranglée, et chez lequel l'étranglement s'était terminé par gangrène, et avait obligé le chirurgien à établir un anus contre nature.

Lorsqu'il entra à l'hôpital Cochin, le 26 mai, il perdait par l'ouverture anormale toutes ses matières intestinales, et n'avait pas été à la garde-robe une seule fois depuis l'opération. L'anus contre nature était sans infundibulum, pourvu d'un éperon, d'autant plus facile à constater, qu'il s'avançait jusqu'au delà de l'ouverture abdominale, et enfin compliqué d'un renversement assez considérable et irréductible de l'intestin. M. Gosselin commença le traitement par l'emploi de l'entérotome de Dupuytren. Cet instrument fut appliqué le 28 mai, et tomba le 9 juin, c'est-à-dire au bout de douze jours. Aucun accident n'eut lieu. La première garde-robe se fit le 9 juin, et depuis le malade est allé tous les jours à la selle.

Le 18 juillet, l'ouverture extérieure n'était point fermée, et continuait à laisser passer des matières intestinales, en même temps qu'elle offrait toujours ce renversement irréductible, qui est l'indice habituel d'obstacles à l'établissement de l'entonnoir membraneux de Scarpa. M. Gosselin pratiqua alors une opération occlusive, qui consista :

1° A enlever la muqueuse sur l'intestin renversé pour le faire participer à la cicatrisation ;

2° A appliquer sur cet intestin avivé un lambeau pris sur la paroi abdominale.

Cette opération n'eut aucune suite fâcheuse ; mais le lambeau ne contracta d'adhérences qu'avec la partie supérieure de l'intestin, et il resta au-dessous de lui une ouverture par laquelle les matières intestinales continuèrent à s'échapper, bien que le malade allât tous les jours à la garde-robe.

Ce jeune homme tenant à être complétement guéri, et voulant à tout prix être débarrassé de son infirmité avant de retourner dans son pays, M. Gosselin lui fit, le 20 août, une deuxième opération occlusive analogue à la première, mais en différant en ce que le lambeau fut pris sur la partie supérieure de la cuisse. Cette fois, contre toute attente, et quoiqu'il n'y eût pas à ce moment d'épidémie dans les salles, le malade fut pris d'un érysipèle, lequel se compliqua rapidement de délire, puis d'une double pleurésie avec épanchement brusque et symptômes d'asphyxie.

La mort eut lieu le 27 août.

On voit sur la pièce :

1° Du côté de la paroi abdominale, l'ouverture encore assez large de l'anus contre nature, et des adhérences solides entre le lambeau de la première opération et la partie supérieure du renversement intestinal; quant au lambeau de la deuxième opération, il n'avait eu le temps de contracter aucune adhérence.

2° Du côté de la cavité péritonéale, l'intestin adhère solidement à l'ouverture herniaire, qui est large, et on ne trouve avec lui aucune portion d'épiploon. Les deux bouts de l'intestin, qui ont été soumis à l'action de l'entérotome, sont accolés dans l'étendue d'environ dix centimètres, et réunis par une cicatrice bien apparente en avant et en arrière. Après avoir fendu le bout supérieur, on a pu constater l'existence d'une cavité commune aux deux bouts, très-large, sans rétrécissement, sans saillie ni bride intérieure, et dans laquelle s'ouvrent très-librement les bouts supérieur et inférieur de l'intestin.

En présence de cette pièce, M. Gosselin appelle l'attention de la Société sur trois points qui intéressent l'étude clinique des anus contre nature :

1° Quel a été le résultat de l'entérotome de Dupuytren ? Ce résultat est des plus remarquables et des plus beaux, puisqu'on a obtenu par la section de l'éperon une cavité très-large, sans persistance d'aucune saillie intérieure, et sans apparence de ce rétrécissement inodulaire que Delpech avait signalé comme une des conséquences probables de l'opération de Dupuytren. En un mot, cette pièce ne justifie en rien les objections qui ont été faites à l'ingénieux instrument de ce chirurgien, et ne fournit aucun argument en faveur des modifications qui ont pour but de couper l'intestin en travers plutôt que d'arrière en avant.

2° Pourquoi, après le rétablissement du cours des matières, la guérison n'a-t-elle pas lieu ? M. Gosselin croit qu'il faut l'attribuer dans ce cas, comme dans presque tous les autres, à des causes qui n'ont pas été suffisamment indiquées, savoir : à l'étendue de l'ouverture de la paroi abdominale, au renversement de l'intestin qui en a été la conséquence et à la multiplicité des adhérences de cet intestin à lui-même par sa face séreuse, adhérences qui ont dû s'opposer au retrait et à l'établissement de l'infundibulum de Scarpa ; et enfin à l'action des fibres musculaires de la portion commune aux deux bouts, lesquelles fibres devaient pousser les matières aussi bien vers l'extérieur que dans le sens de leur cours naturel.

3° Quelle conclusion tirer de cette pièce pour l'opération occlusive? D'abord, elle montre d'une manière générale que ce genre d'opération est indispensable dans les cas analogues à celui-ci; ensuite elle fait voir que l'opération exécutée par M. Gosselin, et dont il a déjà parlé à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, peut donner le résultat qu'il cherche à obtenir, c'est-à-dire des adhérences entre la peau avivée et l'intestin dépouillé de sa muqueuse. Mais la pièce est favorable aussi à un autre procédé exécuté par M. Denonvilliers, et dont il sera question bientôt à propos du rapport sur le travail de M. Legendre.

M. Boinet pense que si M. Gosselin n'a pas trouvé les bouts de l'intestin rétractés, cela tient à ce que la rétraction n'avait pas eu le temps de se faire. Il a été consulté à la campagne par deux malades atteints d'anus contre nature, dont la guérison eut lieu au bout de deux ans. Il a pratiqué sur une dame une opération de hernie étranglée; l'intestin était gangrené, et il en résulta un anus contre nature. Deux ans après, il pratiqua l'entérotomie, et il ne resta qu'une fistule stercorale qui finit par guérir spontanément au bout de dix-huit mois. Il pense donc qu'avant d'en venir à une opération, il faut attendre longtemps pour être sûr que la guérison ne peut avoir lieu par les seules forces de la nature.

En réponse à M. Boinet, M. Gosselin dit qu'il a vu, comme tous les chirurgiens, des anus contre nature guérir spontanément, mais non pas quand ils présentaient les conditions observées dans celui-ci, savoir: un renversement irréductible, une ouverture abdominale étendue et un éperon s'avançant jusqu'au delà de cette ouverture. Quant à la temporisation après la chute de l'entérotome, l'existence de ces conditions avait démontré qu'elle serait inutile; et d'un autre côté, l'âge et la position du malade l'autorisaient à demander une guérison aussi prompte que possible.

M. Verneuil, considérant que la cicatrice n'est pas pourvue de fibres musculaires, et que, par conséquent, dans le point correspondant, les faisceaux musculaires de l'intestin ne forment plus des cercles complets, se demande si cette disposition ne serait pas la cause de l'accumulation des matières.

La rétraction de l'ouverture produite par l'entérotomie ne peut, suivant M. Verneuil, fournir une objection sérieuse contre la méthode de Dupuytren; elle lui paraît dépendre uniquement de l'état de la plaie produite par l'entérotome. Si cette plaie est bourgeonnante, elle doit se

rétracter; si elle se trouve dans des conditions telles que le bourgeonnement n'ait pas lieu, elle ne se rétractera pas.

M. Gosselin pense que, malgré la section de ses fibres musculaires, l'intestin pouvait se contracter, les fibres coupées prenant un point d'appui sur les cicatrices. La continuité de l'anneau musculaire n'était pas plus détruite que celle du sphincter après l'opération de la fistule à l'anus.

— M. Chassaignac présente des tumeurs fibro-plastiques provenant du malade qui fait le sujet de l'observation suivante.

Tumeurs fibro plastiques généralisées.

Maurice (Louis), trente-deux ans, militaire en retraite, demeurant rue du Grand-Chantier, 8, est entré le 22 janvier à l'hôpital Lariboisière.

Cet homme, jeune encore et d'une constitution robuste en apparence, a servi pendant douze ans dans l'artillerie et le génie, et n'a jamais été malade jusqu'à l'apparition des premiers symptômes de l'affection à laquelle il a succombé.

Au mois de juillet 1852, il fit une chute de cheval, qui fut suivie d'une entorse de l'articulation tibio-tarsienne gauche; quelques mois plus tard, l'articulation s'étant tuméfiée au point d'incommoder sérieusement le malade, il fut envoyé à l'hôpital Saint-Louis, à Besançon, où l'on pratiqua des ponctions dans les tissus malades et des cautérisations avec la pâte de Vienne. Il sortit avec une articulation plus grosse qu'à son entrée, et resta pendant quinze mois comme convalescent militaire.

Le 31 mai 1854, le malade dut rentrer à l'hôpital de Besançon, où l'amputation de la jambe au tiers inférieur fut pratiquée le 15 juin. Au bout de trois mois, il quitta l'hôpital, marchant avec des béquilles, la jambe artificielle qu'il porte aujourd'hui ne lui ayant été envoyée qu'en janvier 1855.

Au mois de mars 1855, le malade s'aperçut de l'apparition simultanée de plusieurs tumeurs, qui se sont développées dans l'ordre suivant :

1° Au flanc gauche, c'est-à-dire du côté de l'amputation;

2° Au bras gauche;

3° Au côté externe de la cuisse droite;

4° Le moignon lui-même commence à prendre un développement insolite.

La marche progressive de ces diverses tumeurs a enfin décidé le malade à entrer à l'hôpital, dans le service de M. Chassaignac.

L'état d'épuisement dans lequel il se trouvait semblait exclure toute pensée d'une grande opération. Toutefois, comme la tumeur du flanc devenait très-gênante et menaçait de s'ouvrir, on se décida à en pratiquer l'ablation. L'opération eut lieu le 28 janvier 1856, par la méthode combinée de l'incision et de l'écrasement linéaire; elle eut des suites assez heureuses pour engager à enlever la tumeur très-volumineuse du bras gauche, située sous le biceps. La tumeur, dans l'un et l'autre cas, présentait, au microscope, des éléments fibro-plastiques, bien qu'elle offrît à l'œil nu l'aspect encéphaloïde.

Aucun accident local n'étant survenu, les plaies d'opération guérirent très-bien, et la constitution du malade sembla s'améliorer. Il fut présenté à la Société de chirurgie, et peu de jours après on pratiqua une opération nouvelle sur la tumeur de la cuisse droite, qui avait pris des proportions énormes. Les suites de l'opération furent les mêmes que précédemment; aucun engorgement ganglionnaire ne s'était manifesté sur le trajet des aboutissants lymphatiques des régions sur lesquelles des opérations avaient été pratiquées, et l'on se proposait de poursuivre une à une les tumeurs dans l'ordre de leur manifestation, lorsque dans les derniers jours de juillet le malade parut éprouver une gêne assez notable de la respiration. Pendant les jours suivants, la dyspnée a augmenté de manière à appeler l'attention.

Le 29 juillet, à l'auscultation, on trouve la respiration nulle à droite, en avant, jusqu'au niveau du cinquième espace intercostal. Au-dessous, il y a respiration puérile. La percussion fait découvrir une matité absolue dans une étendue qui correspond parfaitement aux troubles survenus dans les phénomènes respiratoires. Au-dessous, on trouve une sonorité exagérée. Il est à remarquer que la matité s'arrête brusquement et d'une manière parfaitement nette, de manière à ne point laisser de zone intermédiaire à la sonorité presque emphysémateuse et la matité la plus absolue.

A gauche, le poumon paraît parfaitement sain. On ne perçoit en arrière qu'un léger affaiblissement du murmure respiratoire.

Des douleurs intenses ont en même temps fait explosion le long de la colonne vertébrale. Tantôt la douleur siége aux lombes, tantôt au cou, plus souvent à la région dorsale. Quelquefois la douleur semble changer de place et vient occuper le devant de la poitrine ou la région de l'épaule; jamais elle n'est aussi vive en avant qu'en arrière, à droite qu'à gauche. Le sommeil est entrecoupé par des réveils brusques pro-

voqués par la douleur, ou plus souvent encore par l'anxiété respiratoire.

En présence de pareils accidents, l'art restait complétement impuissant; et, bien qu'une nouvelle tumeur se fût développée dans le flanc gauche, au-dessous de la première, il fallut renoncer à en poursuivre l'extirpation; on s'est borné à prescrire des douches de vapeur et des frictions chloroformées pour calmer la douleur, et des potions éthérées pour soulager l'anxiété respiratoire.

L'existence du malade, pendant tout le mois d'août, n'a été qu'une longue agonie. La respiration devenait de jour en jour plus gênée; la matité se développait simultanément en arrière, en haut et à gauche, où elle a bientôt dépassé la ligne médiane. L'œdème envahit successivement le cou, le thorax et le bras gauche. Les membres inférieurs sont restés dans leur état ordinaire, mais le moignon d'amputation a pris des proportions énormes.

Quelques ventouses scarifiées ont paru à diverses reprises soulager momentanément le malade, qui a fini par succomber le 1er septembre, après une lutte prolongée. Depuis trois jours la dyspnée était extrême, sans qu'il y ait eu de respiration bronchique.

L'autopsie a eu lieu vingt-quatre heures après la mort. A l'ouverture du thorax, une tumeur énorme se présente; elle remplit en totalité le médiastin antérieur, dont les parois semblent confondues avec le corps même de la tumeur. Le poumon gauche est fortement refoulé contre les parois thoraciques; mais le poumon droit, qui a le plus souffert, est entièrement aplati à sa partie moyenne; en arrière, la tumeur semble se confondre avec lui; en dehors, elle en est indépendante dans une assez grande étendue.

Située au-devant des organes respiratoires, elle ne paraît pas avoir notablement comprimé les bronches et la trachée, qui se trouvent au-dessus. Cette disposition expliquerait l'absence de souffle tubaire à l'auscultation. Les vaisseaux, quoique comprimés, n'ont pas beaucoup souffert.

Il serait impossible d'apprécier avec quelque justesse le volume de la tumeur, dont une partie considérable s'est perdue pendant l'ablation; elle a pour le moins la grosseur d'une tête d'adulte. Partout où elle se trouve en contact avec les organes voisins elle est parfaitement enkystée. En dehors, où la membrane enveloppante est rompue, elle laisse échapper une matière blanchâtre d'aspect graisseux. Examinée au microscope, elle ne présente que des éléments fibro-plastiques (cellules fusiformes et noyaux) mélangés de globules graisseux en grande

abondance. Sur un seul point on a trouvé quelques globules sanguins.

Le cœur est à l'état normal; il ne présente aucun rétrécissement de ses orifices.

Le foie, la rate et les reins sont parfaitement sains; leur développement n'a rien d'exagéré.

Au-dessous du diaphragme, sur les côtés de la colonne vertébrale, à gauche, on trouve deux tumeurs, dont la plus volumineuse a la grosseur d'un œuf de poule. Elles sont enkystées et de nature fibro-plastique; leur aspect extérieur est cérébriforme. Enfin, entre deux feuillets du mésentère se trouve une troisième tumeur d'aspect graisseux, ayant la forme et le volume d'un rein.

La tumeur naissante de la hanche est extraite. Elle est enkystée. Son apparence rappelle parfaitement celle du cerveau.

La dissection du moignon a montré :

1° Une tumeur sous-aponévrotique énorme dans l'intervalle des muscles du mollet;

2° Une seconde tumeur parfaitement indépendante dans le creux poplité, entre les jumeaux;

3° Deux petites tumeurs roussâtres en rapport avec les os.

Les vaisseaux et nerfs sont parfaitement sains dans le creux poplité; ils plongent au-dessous de la tumeur, qui occupe cet espace, pour aller se perdre dans l'épaisseur de la jambe.

En incisant à la partie postérieure du membre le plan musculaire très-aminci qui représente les jumeaux, on découvre une première tumeur, isolée de la masse principale par une seconde couche de fibres qui répond au soléaire. Cette tumeur, large en haut, s'amincit progressivement en bas pour disparaître vers le milieu de la jambe; elle en occupe le tiers supérieur. Une multitude de lobes isolés paraissent s'être rapprochés pour la constituer; ils n'ont entre eux d'autre connexion que la pression qui les unit. On en voit quelques-uns se détacher spontanément après l'incision des plans aponévrotiques qui les maintiennent.

Entre le soléaire et les muscles de la couche profonde se trouve une masse énorme de tissu fibro-plastique; en avant, elle refoule le ligament inter-osseux, soulève les muscles, les vaisseaux et les nerfs placés au-devant de lui, et comprime la face postérieure des os, au point de les atrophier; en arrière, elle refoule les vaisseaux tibiaux postérieurs, qu'elle sépare complétement du nerf correspondant : ce dernier plonge dans l'épaisseur de la tumeur vers sa partie moyenne, après s'être étalé en faisceaux à sa partie supérieure avant d'y pénétrer. Vers son

extrémité terminale, le nerf présente un renflement traumatique qui adhère à la cicatrice de l'amputation.

Les vaisseaux tibiaux postérieurs ne plongent nullement dans la tumeur; ils rampent à sa surface. Les vaisseaux et nerfs tibiaux antérieurs, grâce à l'atrophie des muscles, sont presque sous-aponévrotiques.

Une petite tumeur parfaitement isolée s'est développée au-devant de la masse principale, dont elle est séparée par le bord inférieur du fléchisseur propre du pouce; en bas, elle est directement en rapport avec la tumeur principale. Des deux petites tumeurs indépendantes qui occupent la partie inférieure du moignon, la première semble entièrement formée par un épanchement sanguin; elle offre pourtant, à la coupe, quelques noyaux blanchâtres. La seconde, qui est aussi plus volumineuse, et adhère dans une partie de son étendue à la peau, présente intérieurement le même aspect que la masse principale; elle est cependant parsemée de stries sanguines très-nombreuses, surtout à la superficie.

La déformation des os est caractéristique; ils n'offrent pas la moindre altération de tissu. Le périoste lui-même est parfaitement sain. L'atrophie semble ne reconnaître pour cause que la compression. Vers sa partie inférieure, le tibia se termine en pointe; son épaisseur a diminué de moitié. Le péroné so trouve atrophié surtout vers sa partie moyenne, qui présente une échancrure tellement profonde, que l'os semble presque coupé en cet endroit.

Dans presque toute l'étendue du membre, les fibres musculaires sont pâles, amincies, atrophiées, et réduites à leur plus simple expression; mais partout où les plans musculeux ont conservé quelque épaisseur, on les voit parsemés de petits nucléoles de matière fibro-plastique. On peut donc assister en quelque sorte par la pensée au développement primitif de la tumeur. C'est, en effet, par de petits lobules de cette espèce qu'elle a probablement débuté. Le développement incessant de ces petits noyaux fibro-plastiques, refoulant les tissus voisins et s'insinuant dans les espaces celluleux pour les combler, a sans doute produit par agglomération ces énormes tumeurs qui ont fini par envahir la presque totalité du membre.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

Séance du 10 septembre 1856.

Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Verneuil prend la parole pour donner quelques détails sur les pièces que M. Chassaignac a présentées dans la dernière séance. L'atrophie des os, du tibia en particulier, n'est accompagnée d'aucune altération de tissu, et le périoste qui les recouvre est intact; c'est une atrophie simple, causée par la pression des tumeurs. Celles-ci, dont la trame se compose de tissu fibro-plastique, présentèrent ce phénomène insolite dans les tumeurs de ce genre, d'être plus légères que l'eau et de surnager quand on les y plongeait. Cette légèreté spécifique s'explique parfaitement, du reste, par leur composition; car l'inspection microscopique a montré qu'elles renfermaient une énorme quantité de graisse, les neuf dixièmes de leur masse environ. Cette matière grasse était sous forme de gouttelettes, et non pas en globules comme dans le lipome. Le peu d'éléments fibro-plastiques que l'on rencontrait étaient infiltrés de cette graisse qui communiquait au tissu la couleur jaune que l'on a remarquée, et qui n'est pas ordinaire au tissu fibro-plastique.

— M. le président annonce à la Société que M. le professeur Pitha (de Prague), membre correspondant, assiste à la séance.

Cicatrices vicieuses. — M. Chassaignac fait part à la Société du résultat de ses observations sur les cicatrices de brûlures. Ce sont surtout des brides de la main qu'il a eu l'occasion d'opérer. Il a vu constamment que lorsque des brides cicatricielles se forment dans l'enfance, il y a, par la suite, atrophie ou, pour mieux dire, arrêt de développement des parties affectées. Chez un enfant dont le petit doigt était tenu fléchi par une bride, ce doigt, après avoir été redressé par l'opération, n'arrivait pas à la moitié du doigt voisin.

Ce qui est fort remarquable dans les cas de ce genre, c'est que les jointures restent intactes, malgré leur longue immobilité; mais cet état d'intégrité des articulations n'entraîne pas le rétablissement des mouvements aussitôt que la bride est coupée. Ainsi, par exemple, dans un cas d'adhérences entre le bras et l'avant-bras par suite de brûlures datant de l'enfance, après qu'on a coupé la bride, on ne peut pas encore allonger le membre; l'obstacle vient des parties molles sous-ja-

centes à la cicatrice, qui ont cessé de se développer et ne présentent pas assez de longueur pour permettre l'extension. Dans une semblable opération pratiquée sur un enfant pour une bride qui existait depuis plusieurs années, M. Chassaignac, après avoir complétement divisé le tissu inodulaire, ne put étendre l'articulation sans produire des déchirures considérables du côté de la flexion. On conçoit que chez l'adulte, dont le développement est complet au moment de l'accident, cette complication n'est point à craindre.

M. Chassaignac conclut, en finissant, que les opérations destinées à détruire les difformités suites de brûlures peuvent être retardées à volonté chez l'adulte, tandis que chez les enfants il faut les opérer le plus tôt possible.

M. Guersant, quand il a fait des sections de brides à la partie antérieure du coude sur des enfants, a éprouvé, comme M. Chassaignac, une grande résistance à l'extension du membre après la division complète de la cicatrice ; mais il n'a jamais cherché à la vaincre. A l'appui de ce qu'a dit M. Chassaignac de l'absence de contracture chez l'adulte, il cite le brûlé dont il a déjà parlé, qui avait vingt ans au moment de l'accident, et dont le membre ne présenta aucune résistance à l'extension quand il fut opéré six ans après.

M. Verneuil rappelle que dans son rapport il a signalé plusieurs questions qu'il serait utile de soulever. Ainsi, c'est à peine s'il existe quelques indications sur l'époque où l'on doit opérer les adhérences vicieuses On n'a même pas distingué, à ce point de vue, la syndactylie congéniale de l'accidentelle ; il en est de même des brûlures survenues chez l'enfant ou chez l'adulte. Il n'existe donc pas de préceptes adaptés à ces diverses circonstances. D'après un certain nombre de faits qu'il a recueillis, M. Verneuil regarde comme démontré qu'il faut attendre, pour opérer, que le tissu de la cicatrice soit parfait ; mais il suffit d'un an pour qu'il ait acquis toutes ses propriétés, et il ne faut pas oublier les lésions consécutives qui se produiront avec le temps. Souvent il a fallu faire la ténotomie. Dans un cas d'ectropion opéré par M. Denonvilliers, la paupière revint bien à sa place ; mais les paupières, les sourcils, toutes les parties molles qui environnent l'œil restèrent abaissées de plus d'un centimètre. Il ne faut donc pas attendre trop longtemps chez l'enfant, de peur qu'il ne reste de la difformité après la guérison, et de plus parce qu'en attendant l'âge adulte on aura plus à craindre des accidents, qui sont, comme on le sait, plus redoutables à cette période de la vie que dans l'enfance.

M. Morel trouve que le fait rapporté par M. Guersant est très-remarquable, car, en général, toutes les fois qu'une articulation reste fléchie pendant longtemps, les parties molles du côté de la flexion se raccourcissent, quelle que soit la cause de l'immobilité prolongée, lors même que le membre n'est le siége d'aucune maladie, comme cela se voit chez les conscrits qui fixent pendant longtemps leur coude dans la flexion pour simuler une roideur permanente, et dont le membre reste parfois ensuite définitivement fléchi. Il ne faut donc pas trop se fier à ce que l'accident est arrivé dans l'âge adulte, et l'on doit toujours s'attendre à trouver de la contracture des parties situées sous la bride cicatricielle.

M. Guersant pense que la roideur produite par l'immobilité prolongée est moins à craindre pour les enfants que pour les adultes. Il reçoit fréquemment dans son service des enfants atteints de contusions graves ou de fractures du coude dont le diagnostic est souvent obscur. Il les traite par l'immobilité et la flexion à angle droit, et laisse l'appareil pendant vingt-cinq ou trente jours. Lorsqu'il l'enlève, l'extension est impossible pendant les premiers jours, mais elle se rétablit rapidement. Il n'en serait pas de même chez les adultes.

M. Richard fait observer que les dispositions individuelles peuvent jouer un grand rôle dans la production des contractures à la suite de l'immobilité prolongée. On trouve dans les auteurs des observations de flexions permanentes des membres chez des gens qui étaient restés longtemps dans l'immobilité.

M. Larrey a eu fréquemment l'occasion d'observer des brides avec rétraction des membres, par suite de blessures, dans les hôpitaux militaires. Elles sont surtout fréquentes au Val-de-Grâce depuis la guerre. Mais ce que l'on ne voit pour ainsi dire que dans les hôpitaux de l'armée, ce sont des gens qui cherchent à se faire réformer pour de semblables lésions, qu'ils simulent ou qu'ils exagèrent en condamnant leurs membres à une immobilité prolongée. Ces cas sont embarrassants, parce qu'à la lésion simulée se joignent les résultats de l'immobilité; il est très-difficile de découvrir la vérité. Pour y arriver, M. Larrey donne le moyen suivant, qui réussit parfaitement. On place les deux membres au contact l'un de l'autre, et on leur imprime simultanément de légers mouvements, puis tout à coup on leur fait faire à l'improviste un mouvement brusque. Si l'affection est simulée, le malade ne pouvant isoler complétement dans sa pensée les mouvements des deux côtés, les deux membres cèdent ou résistent à la fois; quelquefois même c'est le membre sain qui résiste davantage.

M. Desormeaux rapporte le cas d'une jeune fille de seize ou dix-sept ans qui, par suite d'une brûlure, avait depuis son enfance une bride étendue de la partie inférieure de la cuisse au talon. Le genou était fléchi à angle aigu, et le pied fortement étendu sur la jambe. A. Bérard parvint à redresser le membre après avoir coupé la bride et plusieurs des tendons fléchisseurs. Le membre était atrophié; de façon qu'après avoir été redressé il était beaucoup plus grêle et moins long que le membre sain. Cependant la malade pouvait s'en servir, en boitant très-fortement. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que rendu à ses conditions normales il prit un accroissement rapide, si bien qu'au bout de deux ou trois ans il avait presque le volume de l'autre, et avait acquis assez de longueur pour que la malade pût marcher sans claudication. Ce serait une raison de plus pour opérer les enfants avant que la croissance fût terminée.

M. Chassaignac appuie sur l'intérêt que présente ce fait au point de vue de la physiologie.

CORRESPONDANCE.

M. Porta, professeur à l'Université de Pavie, adresse une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination de membre associé étranger.

M. Fleury (de Clermont), nommé membre correspondant, adresse une lettre de remercîments.

M. le docteur Féron (de Theuville) adresse un mémoire sur un nouveau modèle de bandage inguinal à pelote mobile. (Commission : MM. Lenoir, Broca, Follin.)

La Société reçoit le fascicule V des *Éléments d'histologie humaine*, traduit par MM. Béclard et Sée.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Verneuil présente une tumeur fibro-plastique.

— M. Larrey annonce que le malade qu'il avait présenté à la Société, et à qui il a enlevé une tumeur de la cuisse, présente aujourd'hui une plaie suppurante en très-bon état. Mais il s'est déclaré une tuméfaction très-douloureuse de l'avant-bras, qui fait craindre une récidive, bien qu'on n'y distingue pas encore de tumeur à proprement parler.

Corps étranger dans une hernie. — M. Broca présente un corps étranger qui avait produit la perforation d'un intestin hernié. Le sujet

de cette observation est un vieillard de soixante-seize ans atteint d'une hernie scrotale ancienne très-volumineuse.

Après avoir porté un bandage qui ne contenait pas sa hernie, il a cessé complétement d'en porter. Lorsqu'il est entré à l'hôpital, il présentait sur sa hernie une fistule dans laquelle le stylet faisait découvrir un corps étranger.

Au moyen d'une pince introduite dans la fistule, M. Broca amena au dehors un corps solide, mince, allongé, de couleur brune; ne pouvant l'extraire complétement, il l'attacha avec un fil, qu'il tirait chaque jour; en six jours, il le fit sortir de 4 centimètres. Dans une traction plus forte, le corps se cassa; une portion vint au dehors et l'autre rentra. On sentait cependant toujours le corps étranger à l'aide de la sonde cannelée. M. Broca fit un débridement qu'il ne porta pas trop loin de peur d'intéresser le péritoine; l'extraction ne put être faite, et M. Broca songeait à porter le débridement plus loin au moyen d'un entérotome; mais il n'en eut pas besoin.

Le lendemain, on ne sentait plus le corps étranger, et la fistule donnait issue à des matières fécales; deux jours après, on trouva dans les pièces de pansement ce corps, que l'on reconnut pour un os claviculaire d'oiseau.

Le malade n'éprouve pas de douleurs dans le ventre, les selles continuent à se faire; il n'y a pas eu de vomissements ni de péritonite, même pendant que la perforation se faisait.

D'après l'aspect des matières rendues par la fistule, c'est l'S iliaque qui est affectée.

— M. Desormeaux montre l'os maxillaire supérieur qu'il a enlevé au malade présenté par lui dans la dernière séance.

— M. Devouge, interne à l'hôpital Beaujon, montre, au nom de M. Huguier, un polype du rectum enlevé sur un malade dont il communique l'observation.

Polype de l'extrémité inférieure du rectum inséré sur la paroi antérieure, au-dessus de la prostate. — Ablation.

Le nommé B... (Étienne), cocher, âgé de quarante et un ans, est entré le 29 août 1856 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier, premier pavillon, lit n° 202.

Cet homme n'a jamais rien éprouvé du côté du rectum jusqu'en 1853. Il n'a eu que deux chaude-pisses, qui n'ont été suivies d'aucun accident syphilitique. Dans le courant de cette année, et sans aucune dou-

leur préalable, il s'aperçut qu'il lui sortait de l'anus, chaque fois qu'il se présentait à la selle, une excroissance charnue qu'il prenait pour des hémorrhoïdes, et qui se réduisait spontanément après la cessation des efforts de défécation. Les matières fécales étaient recouvertes chaque fois d'une couche de sang qui devint bientôt plus abondante et constitua au bout de quelques mois une véritable hémorrhagie. Peu à peu la tumeur augmenta de volume; elle ne rentrait pas toujours après les efforts de défécation, et le malade était souvent forcé de la repousser avec le doigt. Depuis un an les pertes de sang sont devenues très-abondantes, et ce n'est souvent qu'avec beaucoup de peine que le malade parvient à repousser la tumeur, qui ne manque jamais de se précipiter. Enfin il y a un mois qu'il ressentit pour la première fois une douleur très-vive dans la fosse iliaque droite, et quelques jours après il s'aperçut qu'il portait de ce côté des tumeurs multiples. C'est alors qu'il se décida à entrer à l'hôpital, où nous pûmes constater les faits suivants :

Chaque fois que le malade va à la selle, les matières sortent recouvertes d'une couche de sang, puis la tumeur se précipite. Lorsqu'il l'a réduite, il est forcé, au bout de quelques instants, de se représenter pour rendre des caillots sanguins très-abondants; la tumeur se précipite de nouveau, et après une seconde réduction une nouvelle hémorrhagie se produit. Le malade va ainsi jusqu'à quatre et cinq fois à la garde-robe, puis le sang devient plus clair, il sort mélangé de mucus, et tout rentre dans l'ordre.

Lorsque la tumeur est renfermée dans le rectum, l'anus a la forme d'un entonnoir très-allongé, et ce n'est que très-haut que l'on sent la pression du sphincter externe.

Lorsque le malade fait des efforts de défécation, on voit apparaître à l'anus une masse charnue du volume d'un œuf de poule, très-rouge, à surface irrégulière et mamelonnée, recouverte d'une couche de sang qui paraît suinter de tous les points; elle présente assez l'aspect de certains cancroïdes du col de l'utérus. Elle remplit tout l'infundibulum anal, et le doigt est forcé de la déplacer pour pénétrer dans le rectum. On sent alors qu'elle se continue avec un pédicule plus étroit, du volume du petit doigt et très-allongé. L'insertion de ce pédicule se fait très-haut, sur la partie antéro-latérale gauche de la paroi rectale, immédiatement au-dessus de la prostate, que l'on sent assez volumineuse au-dessous de ce point d'attache. L'index a de la peine à remonter au-dessus de cette insertion; les autres portions de la paroi rectale paraissent saines jusqu'à ce niveau.

La tumeur est très-friable, et l'ongle en détache facilement de peti-

tes portions. Quant au pédicule, il est mou et se laisse aplatir dans tous les sens ; il paraît formé seulement par la muqueuse, car sa surface est lisse et ne présente pas les mêmes irrégularités que le corps de la tumeur.

La fosse iliaque droite est le siége d'une douleur assez vive, et la palpation y fait découvrir un chapelet de ganglions volumineux et très-sensibles au toucher ; ils occupent surtout la partie inférieure de la fosse iliaque, et semblent s'enfoncer dans le petit bassin ; on n'en retrouve cependant pas autour du rectum en pratiquant le toucher anal.

Pendant plusieurs jours le malade prit des bains et frictionna la partie inférieure de l'abdomen avec la pommade à l'iodure de plomb. L'iodure de potassium fut administré à l'intérieur, et sous l'influence de ce traitement, les tumeurs ganglionnaires devinrent moins volumineuses et moins sensibles.

Le 9 septembre, M. Huguier procède à l'ablation de la tumeur du rectum. Le malade étant d'abord mis sous l'influence du chloroforme, elle est saisie avec une compresse et tirée fortement en bas. On voit alors apparaître une partie du pédicule. Les tractions ne peuvent cependant être très-fortes, à cause de la friabilité de la tumeur, dont quelques lambeaux se détachent.

Une forte aiguille courbe, armée d'un fil quadruple, est passée à travers le pédicule dans la partie la plus rapprochée qu'il est possible de son point d'invasion à la paroi rectale. Dans ce but, un aide repousse fortement en haut le pourtour de l'anus, pendant que M. Huguier lui-même tire la tumeur en bas de la main gauche. Le fil est coupé au niveau du chas de l'aiguille, et on le dédouble de manière à former deux anses destinées à étreindre chacune la moitié du pédicule. Les deux ligatures étant fortement serrées, celui-ci est coupé immédiatement au-dessous d'elles avec de forts ciseaux courbes. La portion restante entraîne alors les fils dans l'intérieur du rectum, leurs extrémités pendant au dehors.

Le toucher, pratiqué immédiatement après l'opération, fait constater les particularités suivantes :

En suivant les fils, on trouve le reste du pédicule formant un léger mamelon auquel ils vont s'attacher.

A gauche de ce mamelon, sur une surface large comme une pièce d'un franc, on sent quelques rugosités semblables à celles que présente la tumeur enlevée. A droite est un bourrelet saillant, allongé

transversalement, mais présentant une surface lisse et sans aucune rugosité.

La tumeur extirpée, beaucoup plus petite qu'avant l'opération, lorsqu'elle était gorgée de sang, présente une structure différente dans son corps et dans son pédicule.

Celui-ci est formé par un double feuillet de la muqueuse repliée sur elle-même et comme entrainée par la tumeur; cette membrane paraît, du reste, parfaitement saine.

Le corps forme une sorte d'efflorescence, une réunion d'excroissances charnues semblables à des végétations. Les plus développées forment plusieurs lobes distincts, dans l'intervalle desquels apparaissent d'autres lobules moins saillants et plus pâles. Ces végétations semblent s'être développées sur une surface assez étendue de la muqueuse rectale, et s'être ensuite réunies en tête pour faire saillie au dehors. Le tissu cellulaire sous-muqueux est d'ailleurs resté étranger à la maladie, et il n'y a pas de noyau d'induration au centre de la tumeur; tout le développement s'est fait du côté de la surface épithéliale de la muqueuse.

L'examen microscopique n'a pas été fait, de sorte qu'il reste à savoir quelle est la nature exacte de cette tumeur. Il paraît bien probable qu'elle est due à un développement de cellules épithéliales.

Le malade a peu souffert dans la journée qui a suivi l'opération. Le soir il se plaint seulement de quelques douleurs dans le bas-ventre et du besoin d'aller à la selle. Un lavement émollient est administré pour faciliter la sortie des matières et éviter des efforts et des tiraillements qui pourraient occasionner une hémorrhagie.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 17 septembre 1856.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

M. le président annonce que M. le docteur Notta, membre correspondant, assiste à la séance.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Larrey présente à la Société deux malades atteints d'exostoses

épiphysaires au voisinage du condyle externe du fémur, et communique sur ces deux cas la note suivante :

Observations d'exostoses épiphysaires développées au-dessus du condyle externe du fémur droit chez deux malades ;

Par M. le docteur Gaujot, aide de clinique au Val-de-Grâce.

Obs. I. — Fougerol (Charles), fusilier au 8e de ligne, âgé de vingt-deux ans, au service depuis cinq mois, entré le 13 août 1856 dans une division de fiévreux, pour un ictère, est évacué dans le service de chirurgie à cause de l'exostose dont il est affecté. Il était tailleur avant son entrée au service. Il est d'une bonne constitution, d'un tempérament sec et bilieux, et n'a jamais eu de maladie vénérienne.

Il s'est aperçu pour la première fois de son exostose il y a cinq mois, pendant qu'il était en marche pour rejoindre son régiment, la fatigue ayant déterminé de la douleur à la partie inférieure de la cuisse. La tumeur avait alors à peu près le volume qu'elle présente aujourd'hui. Elle est située sur la face externe de l'extrémité inférieure du fémur droit, à 11 centimètres au-dessus du condyle externe de cet os, et sur la même ligne verticale que le péroné. Elle forme sous la peau, qui est saine, libre et légèrement soulevée, un relief peu considérable, mais qui persiste dans toutes les positions du membre. Sa forme est irrégulière ; sa portion superficielle offre deux tubercules qui soulèvent la peau. Sa base s'implante de champ sur le fémur perpendiculairement à l'axe de cet os. Son volume est assez considérable ; elle a 5 à 6 centimètres de diamètre. Sa consistance est dure, uniforme dans tous les points ; c'est celle du tissu osseux.

L'aponévrose fascia lata passe sur la partie antérieure de la face externe de cette exostose et semble même y adhérer, de sorte qu'elle est tendue comme une corde au-dessus et au-dessous. Derrière le tubercule postérieur de cette même face, glisse le muscle biceps. En déprimant les parties molles, on sent la base libre, isolée et immobile. Nulle douleur spontanée ou à la pression ; aucune gêne dans la marche, si ce n'est un peu de fatigue lorsqu'elle est prolongée. Point d'altération dans le reste du fémur.

Le développement de cette exostose paraît être extrêmement lent ; cependant le malade a remarqué qu'elle forme actuellement un relief constant dans toutes les positions de la cuisse, ce qui n'avait pas lieu lorsqu'il s'en est aperçu pour la première fois.

L'extension que cette exostose peut prendre, la gêne qu'elle peut

amener dans la marche, sont des motifs suffisants pour admettre la nécessité de réformer le malade.

Obs. II. — Blanche (Jean), grenadier au 88e de ligne, entré le 27 août 1856 pour un calcul vésical, est affecté en outre d'une exostose du fémur. Cet homme est âgé de trente et un ans, au service depuis cinq ans, d'une constitution vigoureuse, d'un tempérament sanguin. Il était garçon meunier avant de s'engager.

Il s'est aperçu pour la première fois de la présence de cette exostose il y a six ans. Elle était alors de la grosseur d'une noix; depuis, elle s'est développée lentement et progressivement. D'après le récit du malade, elle aurait commencé à se manifester quelque temps après une chute qu'il aurait faite au gymnase sur cette région de la cuisse.

Cette exostose est située à 4 centimètres au-dessus de la tubérosité du condyle externe du fémur droit. La région est à peine déformée. La tumeur soulève très-légèrement la peau; sa forme est irrégulière, affectant un peu la disposition d'un champignon, c'est-à-dire étroite à la base, étalée à sa face superficielle. Sur cette face passe l'aponévrose fascia lata, qui semble y être adhérente. Sur la face postérieure glisse, avec la plus grande facilité, le muscle biceps, dans une sorte de gouttière spéciale. Sa consistance est celle du tissu osseux dans tous ses points. Sa base est immobile. Cette tumeur n'est pas douloureuse à la pression, mais le malade en souffre quelquefois dans les grands changements de température. Nulle gêne dans la marche.

Cet homme a eu il y a quatre ans une blennorrhagie, mais il n'a eu, depuis, aucun accident syphilitique secondaire, ni aucune altération semblable dans les autres os du corps.

M. Richard pense qu'il faudra y regarder avant d'attaquer ces exostoses, et cite à cette occasion deux malades à qui M. Roux enleva des exostoses épiphysaires analogues, et qui succombèrent aux suites de l'opération.

M. Larrey déclare qu'en présentant ces malades à la Société il a voulu seulement lui montrer deux cas curieux en eux-mêmes et par la coïncidence de deux exostoses entièrement semblables développées sur le même point du corps. Du reste, il ne compte pas les enlever. Il pense qu'on pourrait les exciser si elles étaient pédiculées; mais comme elles sont sessiles, on doit s'abstenir de les attaquer.

M. Huguier demande si le siége de ces tumeurs étant identique, on ne devrait pas penser qu'il a pu être déterminé par une cause anatomique. Deux fois il a enlevé des exostoses dont la pointe menaçait de

percer la peau; elles étaient pédiculées, et il lui a suffi de couper le pédicule avec un sécateur. Mais lorsque les exostoses sont sessiles, et surtout quand elles ont une large base, comme celles que présente M. Larrey, il est préférable de s'abstenir d'opérations.

M. Chassaignac fait remarquer l'importance de ces cas au point de vue du diagnostic. En effet, le point où ces tumeurs se sont développées est fréquemment le siége d'ostéophytes, de sorte qu'en pareil cas on est souvent dans le doute sur la nature de la tumeur; et la distinction est d'autant plus importante que le développement des ostéophytes suit en général le développement du système osseux, et s'arrête avec lui, pour rester ensuite stationnaire. Le seul caractère qui puisse souvent conduire à distinguer l'ostéophyte de l'exostose est l'âge du sujet au moment où la tumeur a commencé à paraître, l'ostéophyte se développant toujours dans l'enfance. Si les tumeurs présentées par M. Larrey datent des premiers temps de la vie, elles ne s'accroîtront plus et ne deviendront pas une gêne pour les malades; mais si elles s'accroissent, on pourra plus tard être forcé de les enlever.

M. Larrey fait observer que les caractères différentiels des exostoses et des ostéophytes sont mal tranchés, et qu'il serait utile de les étudier attentivement.

M. Chassaignac, au caractère qu'il vient d'indiquer, en ajoute un autre, qu'il regarde comme certain lorsqu'il existe: c'est le développement de saillies osseuses anormales dans des points symétriques du squelette. Lorsque ce caractère existe, on peut être sûr qu'on a affaire à des ostéophytes.

M. Houel rappelle les caractères indiqués par M. Cruveilhier, qui consistent dans le siége de la tumeur, l'exostose se développant sur le corps des os, tandis que les ostéophytes prennent naissance sur les tissus fibreux voisins des jointures, et s'étendent les uns vers les autres quand ils sont multiples, de sorte qu'on les voit souvent s'articuler entre elles. D'après ces considérations, M. Houel pense qu'on doit conserver la distinction entre les ostéophytes et les exostoses.

M. Verneuil n'admet pas que la disposition symétrique puisse servir de caractère; car le musée Dupuytren renferme un grand nombre de pièces où l'on voit des exostoses développées sur des points homologues du squelette. Souvent, dans ce cas, les tumeurs existant symétriquement sur les deux côtés, se trouvent à différents degrés de développement, et par conséquent ne datent pas de la même époque.

M. Giraldès croit que, dans cette discussion, on confond l'anatomie pathologique et la clinique; et, même au point de vue de l'anatomie,

il n'admet pas la distinction établie par M. Houel; car on trouve des ostéophytes sur le corps des os. En anatomie pathologique, le caractère, c'est que l'ostéophyte est une variété ostéologique, et que l'exostose est une maladie; mais en clinique, la distinction est difficile. Il faut remarquer cependant que les ostéophytes ont fréquemment leur siége dans les tendons.

M. Huguier signale une variété particulière d'exostoses qui ont leur siége à la partie supérieure du bord interne du tibia, où elles présentent une forme allongée et se terminent en pointe saillante sous la peau. Ces exostoses ne grossissent que jusqu'à un certain point, et ne doivent pas être considérées comme des maladies.

M. Houel ne pense pas qu'on ait jamais considéré comme des ostéophytes les cas dont a parlé M. Giraldès.

Gangrène spontanée. — Section des os après la séparation spontanée des parties molles.

M. Chassaignac présente un malade à qui il a amputé la jambe pour une gangrène par congélation.

Cet homme a été atteint de gangrène à la jambe droite pour être resté longtemps exposé à la gelée avec des bottes trop étroites. A son entrée à l'hôpital, il n'y avait plus de battements ni dans la crurale ni dans la poplitée. L'artérite indiquée par cette absence de battements artériels fut traitée par des sangsues et des ventouses scarifiées; les pulsations reparurent, mais le sphacèle ne s'en déclara pas moins, accompagné de points de gangrène isolés dans les parties saines, qui empêchèrent de songer à l'amputation, parce qu'il aurait fallu la faire trop haut.

M. Chassaignac attendit donc le travail d'élimination; seulement, les os se trouvant à nu, il en fit la section. Cette opération, faite uniquement dans le but de débarrasser le malade d'une portion de membre devenue infecte, produisit un résultat complétement inattendu : ce fut la cessation subite des douleurs vives que le malade ressentait dans son membre.

M. Chassaignac attribue ce soulagement à une sorte de débridement du canal médullaire, qui permit à la moelle gonflée et comprimée de s'étendre plus à l'aise.

Lorsque, plus tard, la gangrène fut limitée et les parties molles séparées sur la limite du mort et du vif, M. Chassaignac fit la section des os au milieu des chairs à l'aide de la scie à chaînette; et il lui resta un

bon lambeau pour servir à la cicatrisation de la plaie. Aujourd'hui il ne reste qu'un point fistuleux.

M. Larrey rappelle que ce n'est pas la première fois qu'on scie les os après la séparation spontanée des parties molles dans des cas de gangrène. Lui-même a fait ainsi l'année dernière la section des deux premiers métatarsiens. Il pense que c'est là le parti le plus avantageux et celui qui met le mieux à l'abri des accidents.

Mais dans l'application de ce principe, il faut tenir compte du membre atteint de gangrène; ainsi autant cette méthode est rationnelle pour la cuisse, le bras, la main, le pied, etc., autant elle le serait peu pour la jambe, parce que la réparation pourrait se faire dans un point qui ne se prêterait pas à l'application des moyens prothétiques.

Enfin, il faut encore prendre en grande considération l'état des os. Chez le malade de M. Chassaignac, ils sont évidemment malades, tuméfiés, le tibia en particulier. Peut-être cet état disparaîtra-t-il; mais il est plus probable que les fistules persisteront, et que la guérison se fera longtemps attendre, si même on n'est pas forcé plus tard d'amputer le moignon.

M. Chassaignac est d'accord avec M. Larrey sur quelques points; mais pour l'amputation des moignons trop longs, il n'admet pas cette pratique, qui expose la vie des malades pour les débarrasser d'une difformité gênante. Chez son malade, il n'y a pas, à proprement parler, maladie de l'os; il n'y a qu'une nécrose qui s'éliminera d'elle-même. La première opération qu'il a pratiquée n'était pas réellement une amputation, il n'a fait que retrancher une partie gênante du membre sphacélé en coupant l'os dans un point où les parties molles s'étaient séparées; s'il en a parlé, c'est uniquement à cause du soulagement inattendu qui en est résulté.

M. Larrey partage l'avis de M. Chassaignac sur l'utilité de la séparation artificielle d'une portion de membre sphacélée. Quant à l'amputation des moignons trop longs, M. Chassaignac a parfaitement raison de la réprouver. Mais si l'on n'ampute pas pour l'excès de longueur, on est souvent forcé de le faire pour les accidents qu'il détermine. C'est ainsi que beaucoup de chirurgiens l'ont fait; entre autres, aux Invalides, Sabatier, Ivan, Larrey, MM. Gimelle et Hutin.

Depuis un certain temps, il arrive de Crimée des hommes qui ont eu la jambe amputée au tiers moyen ou à la partie inférieure, et qui se trouvent dans des conditions telles que l'on ne peut s'empêcher d'en conclure que l'amputation au lieu d'élection finira par prévaloir. La difficulté de se servir des membres artificiels, les accidents qui en ré-

sultent sont tels, que les malades finissent par rejeter ces moyens prothétiques et se servir de la jambe de bois. C'est cependant la possibilité d'employer ces appareils qui a fait adopter les amputations à la partie inférieure de la jambe.

M. Huguier fait observer que de tout temps on a fait la section des os sur les membres dont les parties molles étaient détruites par la gangrène; mais on avait soin de faire porter la scie sur les portions vivantes de l'os : M. Chassaignac, au contraire, a scié dans la partie morte, et attribue à cette section le soulagement éprouvé par le malade. M. Huguier ne voit pas l'avantage de cette conduite, qui laisse dans le moignon une portion d'os nécrosée. Quant au soulagement, ne pourrait-on pas l'expliquer par l'ablation d'une partie infecte qui fatiguait le malade ?

M. Chassaignac rappelle qu'il n'a fait la section dans les parties mortes qu'avec l'intention d'amputer plus tard, comme il l'a fait, en effet. Selon lui, le soulagemeut est venu de ce que la moelle tuméfiée a cessé d'être comprimée dans le canal médullaire.

Au sujet des amputations sus-malléolaires, il ne partage pas l'avis de M. Larrey. Pour lui, la première question est de conserver la vie du malade, et c'est pour cela qu'il déclare contraire aux principes de la chirurgie conservatrice de la vie des hommes de pratiquer l'amputation au lieu d'élection quand on peut amputer au-dessus des malléoles.

M. Laborie demande si la section des os n'a pas amené du soulagement en supprimant un long levier dont les mouvements et les chocs retentissaient douloureusement dans les parties vivantes.

M. Larrey fait la part des dangers moins grands dans les amputations sus-malléolaires; mais il maintient que les accidents consécutifs sont plus fréquents, et, en définitive, il ne sait pas si les résultats de cette opération ne sont pas regrettables. Pour en donner une idée, il pourra présenter à la Société un Arabe qui a subi l'amputation des deux jambes à la partie inférieure. Ce malheureux n'a jamais pu se tenir debout avec aucun des appareils qu'on lui a donnés, et il en est réduit à demander qu'on l'ampute de nouveau des deux côtés, malgré la répulsion qu'éprouve sa race pour toute opération qui enlève une partie du corps.

M. Larrey croit que Blandin a été entraîné à préconiser l'amputation sus-malléolaire par la perfection des appareils prothétiques.

M. Verneuil. C'est sans doute par mégarde que l'on considérerait comme nouvelle la conduite tenue par M. Chassaignac, et qui consiste à faire l'amputation de la jambe dans la partie morte. Cette pratique, en effet, a été discutée depuis longtemps, et lorsqu'on pose les indica-

tions de l'amputation dans la gangrène, on agite toujours les trois questions suivantes; faut-il amputer: 1° dans le vif; 2° à la limite de la gangrène; 3° dans les parties sphacélées? Cette dernière opération, à proprement parler, n'est pas assimilable aux deux autres: elle n'est que palliative; c'est une espèce de pansement analogue à l'excision, sans effusion de sang, d'une eschare des parties molles.

En effet, le membre sphacélé est pesant, gênant; il exhale une odeur infecte, il fournit des sucs délétères dont l'absorption par les parties saines est funeste. On retranche cette partie mortifiée à laquelle le patient est enchaîné, et l'on fait cesser ainsi sans danger une série d'inconvénients très-fâcheux. Tous les cas ne comportent pas ce genre d'intervention, dont on s'accorde cependant à reconnaître parfois l'utilité.

Nous trouvons cette indication nettement formulée dans nos traités classiques (1), et notre honorable président a sans doute voulu la suivre à titre de palliatif, puisque plus tard il a pratiqué une seconde opération, la résection des extrémités osseuses dans le vif.

Mais ce qui est réellement neuf et intéressant dans l'histoire de la maladie dont nous venons de voir le sujet, c'est le soulagement soudain survenu par le fait seul de la section de l'os mort, ou, en d'autres termes, de l'ouverture du canal médullaire.

Or, ce résultat a été tout à fait imprévu, et il a frappé vivement le chirurgien qui a bien voulu nous le communiquer. Nous savons donc désormais que la section d'un os long partiellement nécrosé peut calmer les douleurs dont cet os est le siége, et ceci est tout à fait digne d'attention. M. Chassaignac propose, pour expliquer cette particularité, une hypothèse qui me paraît fort acceptable. Une partie encore vivante du tissu médullaire est enflammée; elle est renfermée dans un étui inextensible, la cavité diaphysaire, on ouvre celle-ci, on fait de la place à l'organe enflammé, les douleurs cessent. Je trouve l'interprétation très-logique et très-conforme à nos connaissances générales.

Mais la discussion s'est élargie, et voici venir la question de choix encore si controversée entre l'amputation sus-malléolaire et l'amputa-

(1) *Compendium de chirurgie*, tome Ier, page 233, 1re colonne : « La » gangrène étant bornée, convient-il de pratiquer l'opération dans le mort, » dans le vif, ou enfin sur les limites de l'un et de l'autre? Les anciens » redoutant les hémorrhagies, et n'ayant d'autre but que de débarrasser le » malade d'un foyer d'infection, avaient pour usage de couper le membre » dans les parties gangrenées, à quelque distance du cercle inflammatoire.

tion dite au lieu d'élection ; c'est une des questions les plus sérieuses et les plus délicates de la chirurgie. Mon expérience personnelle est encore si restreinte, que je n'interviendrais pas dans ce débat si des recherches commencées depuis longtemps sur les suites ultérieures des amputations en général ne m'avaient permis d'emprunter aux autres quelque connaissance du sujet. D'ailleurs, on vient de formuler ici des propositions qui me semblent trop générales, et qui ont pour but de préconiser presque exclusivement l'amputation sus-malléolaire.

Or, je crois que cette opération a été beaucoup trop vantée, et j'affirme surtout qu'on a été beaucoup trop loin en avançant qu'elle ne causait jamais d'accidents. J'accorde, et cela me paraît tout à fait irréfragable, que la mortalité immédiate qu'elle entraîne est moindre qu'à la suite de la méthode ancienne. Mais quand on mutile un malade, il ne faut pas songer exclusivement au résultat primitif, il faut faire entrer en sérieuse ligne de compte le bénéfice ultérieur qu'il recueillera du sacrifice du membre.

Aussi, quelque grave, quelque pénible que soit cette assertion, je pense que dans certains cas il vaut mieux affronter des chances de mortalité plus grandes que de faire une opération inutile qui devra être répétée plus tard, et qui, par conséquent, fera courir deux fois au malade les chances funestes d'une grande opération.

Je dis d'abord que l'amputation sus-malléolaire donne assez souvent des moignons défectueux. J'ai eu pour ma part, en courant les hôpitaux, l'occasion d'en observer un certain nombre, et j'ai remarqué entre autre chose que la conicité était plus commune dans ce cas que pour l'amputation au lieu d'élection.

Un autre accident plus grave, c'est l'ostéite, ou la carie, ou la nécrose des os de la jambe. Cette complication a plus d'une fois déjà forcé le chirurgien à pratiquer la section du membre plus haut. Je ne crois pas qu'on doive accuser exclusivement de ces cas malheureux la longueur trop grande de la portion restante de la jambe et les chocs qui en résultent ; je pense plutôt que les ostéites secondaires si rebelles, si incurables, tiennent surtout à ce qu'on a opéré pour des maladies de l'articulation tibio-tarsienne. Dans ces cas, l'ostéite du tibia remonte à une assez grande hauteur, et en coupant cet os à trois travers de doigt de son extrémité articulaire, on laisse dans le moignon un foyer d'ostéite qui, récidivant plus tard, nécessite une nouvelle intervention chirurgicale. A la vérité on est trompé par les suites immédiates de l'amputation ; le malade guérit d'abord. Pendant les premiers mois, et sous l'influence de l'opération, qui est un moyen antiphlogistique

puissant, l'ostéite s'amende et s'endort, et on croit le succès assuré. Plus tard, les parties dures s'altèrent de nouveau spontanément ou à la suite de causes légères, et la récidive apparaît avec toute son incurabilité.

Je crois donc que lorsque l'amputation devient nécessaire à la suite de maladies organiques de l'articulation du pied avec la jambe, on doit se résoudre souvent à pratiquer la section au tiers supérieur, afin de s'éloigner suffisamment du siége du mal.

Je ne me sens pas l'esprit capable de grandes témérités chirurgicales; j'espère passer plus tard pour aussi soucieux que tout autre de l'intérêt et de la conservation de mes malades, et je crois cependant que je pratiquerai plus d'une fois l'amputation au lieu d'élection dans des cas où d'autres croiraient suffisante la méthode inférieure. J'exposerai plus, il est vrai, au moment même, la vie des patients, mais elle aura moins de chance d'être plus tard mise en question; la guérison sera plus radicale, et les opérés pourront plus certainement, à l'aide de l'ancienne jambe de bois, supporter les fatigues inséparables de leur condition et de leurs rudes travaux.

Au reste, si je me trouve en dissidence sur quelques points avec notre honorable président, je me permettrai également de soumettre une objection à M. Larrey. Dans le parallèle qu'il a tracé entre les deux méthodes générales d'amputation de la jambe, notre collègue a mis de côté l'opération à la partie moyenne. Or, ne pourrait-on pas, comme déjà certains chirurgiens le pensent, et je citerai à ce propos M. Maisonneuve, ne pourrait-on pas, dis-je, mettre de côté les deux lieux d'élection, et considérant la jambe comme la cuisse ou le bras, la diviser dans tous ses points pour s'éloigner suffisamment, suivant les cas, du foyer de la lésion organique? Marchant dans cette voie, M. Larrey père a déjà, au grand étonnement de ses contemporains, amputé dans les condyles du tibia plutôt que de remonter jusqu'à la cuisse. Cette prétendue témérité est aujourd'hui sanctionnée par l'expérience. J'ai vu une amputation de cette espèce exécutée par M. Denonvilliers avec le plus grand succès; plusieurs blessés de Crimée ont également survécu à la même tentative. Or, si l'on coupe si haut, pourquoi n'en ferait-on pas autant à la partie moyenne du membre, vers l'origine des jumeaux? On s'éloignerait ainsi de l'articulation malade, et l'on aurait un moignon meilleur que dans l'amputation au lieu d'élection, défavorable surtout comme opération, parce que la section porte dans le point où les muscles ont une plus grande épaisseur et où la peau de la région

postérieure a le plus de tendance à se rétracter naturellement et à laisser les os à découvert.

M. Guersant blâme la pratique de laisser les membres gangrenés se détacher naturellement, parce qu'alors on a des moignons qui ne se cicatrisent pas.

Dans les amputations sus-malléolaires et au lieu d'élection, il obtient des résultats identiques et n'observe pas de différence dans la proportion des guérisons et des morts, comme sur les adultes. Il penche pour l'amputation au lieu d'élection à cause de la position sociale que doivent avoir plus tard ses petits malades, qui auront à supporter des travaux fatigants, et ne pourront faire les frais de membres artificiels.

M. Larrey n'admet pas les avantages que M. Verneuil reconnaît à l'amputation dans le tiers moyen de la jambe. Après cette amputation, si l'on veut profiter de ses avantages, il faut des moyens prothétiques particuliers qui tiraillent toujours la peau. Les téguments finissent par se rétracter, les muscles également, et il en résulte la conicité du moignon, la saillie des os, et souvent des excoriations interminables.

M. Huguier reconnaît l'innocuité relative de l'amputation sus-malléolaire; sur quatorze malades à qui il a appliqué cette méthode, il n'en a perdu qu'un seul; mais il y a renoncé pour les tumeurs blanches du pied, à cause de la fréquence des caries et des nécroses qui en sont la suite.

M. Broca pense que les faits invoqués dans cette discussion ne suffisent pas pour faire proscrire l'amputation sus-malléolaire. Il reconnaît que les objections présentées par M. Larrey sont sérieuses, et que beaucoup d'opérés, faute de posséder des moyens prothétiques suffisants, sont exposés à des accidents fâcheux. Lui aussi il a vu des malades qui, désespérant de faire usage de leur tronçon de jambe, se décidaient à marcher sur leur genou avec une jambe de bois ordinaire, et qui étaient fort gênés dans leur travail par le long segment de leur jambe fléchie. Cet inconvénient est réel, sans aucun doute, mais il est de peu de valeur si on le compare aux avantages que présente l'amputation sus-malléolaire sous le rapport de la gravité. M. Huguier vient de faire connaître les résultats de sa pratique : sur 14 opérés, il n'en a pas perdu un seul. Tout le monde n'a pas été aussi heureux que lui ; mais on s'accorde généralement à reconnaître que l'amputation sus-malléolaire laisse survivre au moins les cinq sixièmes des malades, tandis que l'amputation au lieu d'élection en tue plus de la moitié. Cette considération doit l'emporter sur toutes les autres. La mission du chirurgien

est, avant tout, de sauver les malades qui lui sont confiés. Lorsqu'il a le choix entre deux opérations dont la gravité est à peu près égale, il peut accorder la préférence à celle qui donne les résultats les plus commodes pour les malades; mais il ne doit pas tenir compte de cette considération lorsque l'une de ces opérations est fort grave et que l'autre l'est fort peu. On objecte que les malades qui survivent à l'amputation sus-malléolaire sont moins valides que les autres, moins aptes à exécuter des travaux pénibles; que ceux qui sont pauvres ne peuvent pas se procurer des jambes articulées, qui coûtent fort cher, et sans lesquelles la marche est fort difficile pour eux; qu'enfin ces malheureux ne pouvant gagner leur vie, deviennent un fardeau pour la société. Tout cela est possible, continue M. Broca, mais cela ne regarde pas le chirurgien. On lui demande autant que possible de ne pas tuer ses malades, et les questions sociales ne sont pas de son ressort.

M. Huguier vient de parler de la nécrose du moignon, qui complique plus fréquemment l'amputation sus-malléolaire que l'amputation au lieu d'élection, et qui peut nécessiter une amputation secondaire. Cela est vrai, dit M. Broca, et moi-même dans un cas de ce genre j'ai été obligé, il y a quelques jours, de recouper la jambe au-dessous des condyles du tibia; je montrerai tout à l'heure la pièce à la Société. Mais on remarquera en premier lieu que ces amputations secondaires sont ordinairement moins graves que les autres. Il semble, toutes choses égales d'ailleurs, que la gravité d'une amputation soit proportionnelle à la quantité de tissus qu'on enlève à la fois; en second lieu, cet accident, la nécrose du moignon, n'est pas propre à l'amputation sus-malléolaire. Il résulte de ce que la scie a porté sur un os compacte, et il est tout aussi fréquent dans les amputations de l'avant-bras, du bras ou de la cuisse. Remonter au lieu d'élection dans les maladies du pied ou du cou-de-pied, ce serait comme si on coupait la cuisse au-dessous des trochanters dans les maladies du genou, car l'amputation de cuisse est à la tumeur blanche du genou ce que l'amputation de jambe est à la tumeur blanche du pied. Tous les chirurgiens savent bien qu'ils se mettraient à l'abri de la conicité et de la nécrose du moignon en sciant le fémur au-dessous des trochanters; tous cependant, lorsque cela est possible, font de préférence l'amputation au tiers inférieur de la cuisse, parce qu'ils savent que cette dernière opération est beaucoup moins grave que l'autre. Or la différence de gravité est bien plus considérable encore entre l'amputation sus-malléolaire et l'amputation au lieu d'élection. Celle-ci doit donc être considérée comme un pis-aller.

M. Broca montre en terminant le tibia et le péroné d'un homme à

qui M. Lenoir avait pratiqué, il y a cinq mois, l'amputation sus-malléolaire. Des abcès se sont formés, plusieurs fistules ont persisté, et M. Broca, chargé de la direction du service de l'hôpital Necker en l'absence de M. Lenoir, a cru devoir couper la jambe au lieu d'élection. Plusieurs nécroses fort singulières existent sur le tibia et sur le péroné, et l'examen des pièces prouve que l'extraction de ces divers séquestres aurait été à peu près impossible.

Le malade va bien, mais il n'est pas encore guéri, l'opération n'ayant été faite que depuis peu de jours.

Lorsque l'observation sera complète, M. Broca la communiquera à la Société, et y joindra la description de la pièce, qui est extrêmement curieuse.

M. LARREY commence par déclarer qu'il a autant que qui que ce soit souci de la vie de ses malades. Mais les succès primitifs de l'amputation sus-malléolaire ne sont pas seuls à considérer, il faudrait aussi rechercher les résultats définitifs, et il est trop certain que, même avec les membres artificiels les mieux faits, il arrive souvent un moment où le malade ne peut s'en servir et regrette de n'avoir pas été amputé plus haut.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. BROCA annonce qu'il a examiné la tumeur du maxillaire supérieur enlevée par M. Desormeaux, et qu'elle présentait tous les caractères du cancer véritable.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur fibro-plastique ayant récidivé dans les tendons. — M. BROCA présente une pièce provenant d'une jeune fille à qui il a coupé la jambe avant-hier.

Cette jeune fille avait subi quinze mois auparavant l'amputation de Chopart pour une tumeur fibro-plastique de la partie antérieure du pied. La récidive s'est produite sur le moignon au bout d'environ cinq mois, et a donné lieu à une tumeur qui a fini par acquérir un volume presque égal à celui des deux poings. La peau, quoique fort distendue, avait partout conservé son intégrité. La tumeur présentait plusieurs bosselures, et ne paraissait pas remonter plus haut que les malléoles. L'état général était excellent.

En examinant la région malade; il semblait possible de pratiquer la désarticulation tibio-tarsienne ou l'amputation intra-malléolaire; mais M. Broca, pour diminuer les chances de récidive et pour s'éloigner da-

vantage de la tumeur, résolut de scier les os à cinq travers de doigt au-dessus de la ligne articulaire.

La malade fut endormie, et l'amputation fut faite dans le lieu indiqué. Les chairs divisées paraissaient parfaitement saines. Mais, après avoir lié les vaisseaux, M. Broca trouva dans le moignon, à la partie antérieure de l'espace interosseux, à la place du tendon du jambier antérieur, une masse cylindrique indurée qui présentait l'apparence du tissu fibro-plastique.

Contrairement à tout ce qu'on pouvait prévoir, et malgré l'intégrité absolue de toutes les parties environnantes, l'affection fibro-plastique s'était prolongée dans le tendon du jambier antérieur, très-au-dessus des limites apparentes du mal.

Dès qu'il eut constaté cette disposition, M. Broca, sans attendre que la malade fût réveillée, se hâta de pratiquer une nouvelle amputation à la partie supérieure de la jambe. Cette fois les chairs du moignon étaient dans une intégrité parfaite, et la plaie fut réunie par première intention.

L'examen du membre amputé a révélé des particularités extrêmement curieuses, dont il n'existe jusqu'ici aucun exemple dans la science. Ce sont les tendons divisés par l'amputation de Chopart qui ont été le siége primitif de la récidive.

Les tendons des extenseurs, du jambier antérieur, du jambier postérieur et des deux péroniers latéraux viennent se perdre dans la masse fibro-plastique, où on peut les suivre jusqu'à une petite distance de la cicatrice. Ils sont tuméfiés, présentent une couleur grise, une consistance lardacée et un volume considérable. Le tendon du jambier postérieur offre, dans une étendue de 5 centimètres, le volume du petit doigt. Celui du long péronier latéral est plus gros que le pouce, et celui du jambier antérieur a près de 2 centimètres de diamètre. Tous sont assez exactement cylindriques, à l'exception du tendon du long péronier latéral, qui présente plusieurs bosselures arrondies. Deux de ces tendons se détachent de la tumeur principale, et l'altération dont ils sont le siége remonte à une distance notable au-dessus des limites apparentes du mal. La maladie du long péronier latéral occupe toute la longueur de la coulisse dans laquelle glisse ce tendon sur le côté externe du calcanéum et derrière la malléole voisine. Mais le tendon du tibial antérieur est bien plus curieux encore; il est transformé dans toute sa longueur en une sorte de boudin fibro-plastique parfaitement cylindrique, parfaitement lisse à sa surface, et le tissu cellulaire qui l'environne est parfaitement sain. Cette altération remonte jusqu'à

l'extrémité supérieure du tendon, et, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est qu'elle s'arrête brusquement au niveau de l'union du tendon avec la partie charnue du muscle. Celle-ci n'a subi aucune altération; les fibres qui la composent viennent s'insérer sur le tendon fibro-plastique exactement comme sur un tendon ordinaire.

Au voisinage de la cicatrice de l'ancienne amputation de Chopart, les tumeurs fibro-plastiques des divers tendons se confondent en une masse commune très-volumineuse, bosselée, qui en plusieurs points a envahi le tissu cellulaire environnant, mais qui a partout respecté l'aponévrose sous-cutanée et la peau. La masse fibro-plastique se prolonge sous le calcanéum, qu'elle a envahi de bas en haut, et dont elle a ainsi détruit en partie le tissu. L'astragale n'est point envahi. La tête de cet os est intimement soudée avec celle du calcanéum. A la suite de l'amputation de Chopart, l'articulation calcanéo-astragalienne antérieure est devenue le siége d'une ankylose par fusion, ankylose tellement complète qu'on ne peut découvrir les traces de l'ancienne ligne articulaire. L'articulation calcanéo-astragalienne postérieure, au contraire, est parfaitement intacte, et, quoique condamnée depuis quinze mois à une complète immobilité, elle ne présente aucune tendance à l'ankylose. L'articulation tibio-tarsienne, enfin, est le siége d'une ankylose fibreuse incomplète, constituée par plusieurs bandes fibreuses longues de 4 à 8 millimètres, étendues du cartilage de l'astragale au cartilage du tibia. La partie moyenne de ces bandes fibreuses est entièrement libre dans la cavité articulaire; leur implantation se fait directement sur le tissu des cartilages diarthrodiaux, qui ont conservé partout leur épaisseur, leur apparence et leur structure microscopiques normales.

M. Broca a déjà eu plusieurs fois occasion de constater des adhérences fibreuses étendues ainsi de cartilage à cartilage.

Tumeur fibreuse de la langue.

M. Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, présente une tumeur de la langue, au sujet de laquelle il donne les détails suivants :

Dans le courant du mois de mai 1854, je vis un garçon meunier, âgé de vingt-neuf ans, portant une tumeur développée au milieu de la portion libre de la langue.

Cette tumeur a commencé à se manifester, sans cause appréciable, il y a neuf ans, et insensiblement elle a acquis le volume d'une noix, que nous lui trouvons aujourd'hui. De temps à autre elle augmente de volume, et devient alors le siége de quelques élancements. Hormis cela, elle est complétement indolente.

Cette tumeur fait saillie à la face supérieure de la langue, et dans le point le plus saillant, situé sur la ligne médiane, à 3 centimètres de l'extrémité libre, existe une surface ulcérée superficiellement, grisâtre, ayant environ 3 millimètres d'étendue.

Au toucher, cette tumeur est très-dure. Le tissu de la langue semble lui adhérer intimement, mais n'est pas induré.

Il n'y a pas d'antécédents syphilitiques; néanmoins le malade a pris pendant un mois, et sans résultat, de l'iodure de potassium.

L'ablation de la tumeur ayant été résolue, le docteur Quesnel et moi procédâmes de la manière suivante :

Le malade, assis sur une chaise, fut endormi avec le chloroforme. La langue, maintenue hors de la bouche avec des érignes, une incision antéro-postérieure sur le point ulcéré de la tumeur fut pratiquée, et il devint alors facile de l'énucléer.

La guérison fut rapide.

La tumeur présente une forme irrégulière. Sa surface est mamelonnée. Elle est formée d'un tissu homogène blanchâtre, dépourvue de vaisseaux. A la coupe, elle présente une surface divisée en lobules par des tractus fibreux. La pression n'en fait écouler aucun liquide.

Au microscope, mon ami le professeur Leudet (de Rouen) y a retrouvé tous les caractères du tissu fibreux pur, sans mélange d'aucun autre tissu.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

Séance du 24 septembre 1856.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. VERNEUIL fait à l'occasion du procès-verbal la communication suivante :

M. le docteur Testa, professeur de chirurgie à Naples, ayant assisté à la discussion actuelle sur les amputations de la jambe, désire soumettre à la Société le résultat de ses remarques sur ce sujet important; il a rédigé une note succincte renfermant diverses propositions appuyées d'observations tirées soit de sa pratique personnelle, soit de celle de ses confrères et de ses maîtres.

Cette note renfermant quelques imperfections de style faciles à comprendre de la part d'un étranger , M. Verneuil en communique oralement la substance en présence de l'auteur lui-même, et remettra le travail épuré dans la séance suivante.

Désireux de prendre désormais part à nos travaux , M. Testa nous adressera ultérieurement un mémoire accompagné d'une demande de candidature ; il désire que la communication présente lui soit comptée comme titre antérieur.

— M. Verneuil. A la fin de la séance dernière , mon excellent ami M. Broca a dans une chaleureuse improvisation défendu des idées qui nous sont à tous également chères , c'est-à-dire l'intérêt des malades et la sauvegarde de leurs jours. Mettant en comparaison la mortalité dans les deux amputations classiques de la jambe , il a énergiquement protesté contre l'opération au lieu d'élection.

La vivacité et l'extrême conviction qu'on rencontre souvent dans les paroles de notre collègue paraissaient faire de son discours une sorte de réquisitoire, un acte d'accusation contre ceux qui croiraient devoir n'accepter que sous réserve l'opinion qu'il a adoptée. Lorsque deux chirurgiens sont en dissidence , celui-là a le plus beau rôle qui limite l'étendue des sacrifices opératoires et perd un moins grand nombre des malades dont il verse le sang; aussi, pour soutenir, la conscience tranquille, la thèse opposée, il convient d'accumuler les raisons, de se justifier jusqu'à un certain point.

Je désire donc, pour ma part, m'expliquer catégoriquement. J'ai dit que dans les lésions organiques anciennes de l'articulation tibio-tarsienne l'amputation sus-malléolaire devait en général être rejetée , et qu'on devait couper plus haut , soit à la partie moyenne de la jambe , soit au lieu d'élection. M. Larrey a donné quelques raisons pour combattre le premier de ces deux modes ; peut-être faudrait-il des faits plus nombreux pour prononcer en dernier ressort.

S'il s'agissait, au contraire, d'une altération des os du pied et que le squelette de la jambe fût à peine atteint, je n'hésiterais pas, et l'amputation sus-malléolaire deviendrait pour moi la méthode générale et ne comporterait guère d'exceptions.

C'est donc uniquement sur les amputations nécessitées par des lésions de l'articulation du cou-de-pied que je veux discuter. *Comme avant tout* , nous a dit M. Broca , *il ne faut pas tuer ses malades , toutes les fois qu'on aura le choix , il faudra faire la section au-dessus des malléoles.* Or il est évident que dans le cas même où je me place on a le choix ; donc il faudrait toujours amputer en bas.

Voici précisément ce que je conteste, et à l'axiome que M. Broca a posé j'en opposerai un autre que je crois aussi soutenable. Après avoir admis qu'on doit épuiser toutes les ressources de la thérapeutique, ressources qui chaque jour deviennent plus efficaces, lorsque l'art médical est devenu notoirement impuissant entre les mains du chirurgien, je dis aussi catégoriquement que mon collègue : *Toutes les fois qu'on pratique une opération, il faut s'attacher à la rendre radicale pour éviter de recommencer plus tard, ou au moins de ne retirer aucun profit de la mutilation qu'on a pratiquée.*

Si l'on en excepte, en effet, les cas où sans grand espoir de salut le chirurgien opère dans le seul but de diminuer les souffrances et de prolonger la vie, les opérations peuvent être distinguées en *radicales*, *incomplètes* et *insuffisantes*. C'est toujours involontairement qu'on arrive aux deux derniers résultats ; aussi faut-il s'efforcer de grossir le nombre des guérisons complètes ; ceci paraîtra si banal, que c'est à regret que je l'énonce.

Permettez-moi de citer quelques exemples :

Un premier malade a une tumeur blanche incurable du pied. On lui coupe la jambe ; la cicatrisation s'opère ; le patient recouvre la santé, prend un membre artificiel, et désormais sa vie s'écoule sans nouveaux accidents de ce côté et sans autre gêne que celle qui résulte toujours de la privation d'un membre. Voilà une opération radicale.

Un deuxième sujet présente une carie de la rangée antérieure du tarse. On lui fait la désarticulation de Chopart ; la plaie guérit plus ou moins vite : le danger, les souffrances sont conjurés. Mais le talon s'élève, la marche est impossible à tout jamais, et l'opéré est condamné au repos à perpétuité, sans espoir d'une guérison future, s'il est riche ; à se faire réamputer plus tard, s'il est pauvre.

Voilà une opération incomplète ; j'en ai cité des exemples, et comme ils ne sont pas rares, bon nombre de chirurgiens ont abandonné cette brillante désarticulation.

J'arrive au troisième exemple : je le prends dans la même région, affectée de la même manière. Il s'agit d'une carie d'un ou de plusieurs des os du pied, on pratique l'extirpation des os malades ; la carie récidive dans les os voisins, on fait l'amputation de Chopart ; la carie récidive dans l'astragale et le calcanéum, on finit par couper la jambe. Dans ce cas, je dis qu'on a fait au moins une, souvent deux opérations insuffisantes ; plusieurs d'entre vous pourront déposer dans le même sens que moi. Et qu'on n'aille pas croire que la chose soit rare, de tous les côtés on en voit des exemples. J'en ai rapporté plusieurs dans

mon travail sur l'amputation tibio-tarsienne, qui est imprimé dans vos *Mémoires*. Depuis, M. Richet fait la même désarticulation ; quelques mois plus tard il ampute la jambe, et je vous montre la pièce disséquée.

M. Laugier, dans une opération brillante, extirpe deux cunéiformes et une partie des deux métatarsiens correspondants. Chez le même sujet, il y a quinze jours environ, M. Jarjavay coupe la jambe au-dessus des malléoles; le squelette du pied était presque complétement désorganisé.

M. Nélaton pratique une amputation sous-astragalienne, il y a quelques mois, à une jeune fille à laquelle M. Ad. Richard coupe la jambe au-dessus des malléoles la semaine dernière.

M. Maisonneuve extirpe le premier métatarsien d'un jeune carrier ; nous assistons, M. Gosselin et moi, l'an dernier, à une récidive qui conduira un de ces jours à une opération radicale.

M. Huguier nous présentait récemment les deux pieds d'un sujet qui avait été opéré à plusieurs reprises par plusieurs chirurgiens de Paris pour des caries multiples. Je disséquai les pièces, et vous montrai ces deux pieds cariés, fistuleux, suppurants, incurables.

Je pourrais arriver sans peine, dans un travail spécial, à décupler ces cas, que vous avez du reste tous observés.

Voilà le bilan des amputations partielles dans les caries, voilà les opérations que j'appelle *insuffisantes*.

Comment remédier à ces récidives funestes? En faisant des opérations secondaires? M. Broca paraît croire qu'elles sont moins graves que les premières, et il cite trois cas d'amputations au lieu d'élection pratiquées pour des amputations sus-malléolaires insuffisantes. On s'accorde, à la vérité, à considérer les opérations faites dans ces conditions comme moins graves relativement. C'est là un de ces points de doctrine qui sont traditionnels, mais qui ne sont point établis par des chiffres précis et nombreux, et qui par conséquent doivent être, jusqu'à nouvel ordre, mis en suspicion. J'ai cité pour ma part l'observation d'une jeune femme à laquelle la désarticulation tibio-tarsienne fut pratiquée sans succès, et qui succomba à une amputation sus-malléolaire consécutive. Les faits de ce genre ne sont pas en général publiés; on peut donc de très-bonne foi se faire illusion sur leur fréquence.

En admettant même que les amputations successives perdent quelque peu de leur gravité, on ne peut vraiment pas, sous le prétexte de l'humanité, couper un membre en plusieurs fois et par tronçons superposés.

Pour expliquer comment une amputation secondaire est moins grave,

M. Broca fait une hypothèse : il pense que « c'est la quantité retranchée qui domine le pronostic, plutôt que la distance plus ou moins grande du tronc; quand on coupe au lieu d'élection après avoir antérieurement coupé en bas, le tronçon est peu volumineux, et le malade court peu de dangers. » L'argument me paraît fragile, et on peut le combattre par le suivant : Lorsque l'os fait saillie à la surface d'un moignon cicatrisé ou non, on en pratique quelquefois la résection. Certes, on fait en poids et en volume un sacrifice minime, et cependant cette petite opération passe pour fort grave, et quelques chirurgiens la proscrivent absolument, préférant amputer plus haut ou s'abstenir complétement.

Notre collègue a encore produit un argument auquel, je pense, il ne tient pas beaucoup. Mettant en parallèle les lésions du genou et celles du pied, il a comparé l'amputation sus-malléolaire à l'amputation de la cuisse, l'amputation au lieu d'élection à la désarticulation coxo-fémorale, contre laquelle il a très-énergiquement protesté.

Il y a si peu de rapport entre ces éléments mis en regard, que je ne crois pas utile de réfuter un parallèle beaucoup trop forcé.

Par un singulier hasard, que M. Broca a reconnu tout le premier avec trop de bonne foi pour que j'y insiste longuement, les deux pièces pathologiques que notre collègue a mises sous nos yeux plaident éloquemment contre lui. La première est le moignon d'une amputation sus-malléolaire malheureuse ; la seconde est à la fois un exemple d'une première opération insuffisante et d'une autre amputation sus-malléolaire qui aurait été également inutile si par bonheur une particularité fortuite n'avait pas montré, séance tenante, la nécessité d'un sacrifice plus radical. Pour ma part, je dois dire que d'emblée, devant une récidive de tumeur fibro-plastique du pied, j'aurais adopté sans hésitation l'amputation au tiers supérieur.

A plusieurs reprises, j'ai déjà protesté contre les amputations partielles opposées aux caries des os et des articulations, aux tumeurs fibro-plastiques et cancéreuses du squelette, et je disais, dans le mémoire où j'ai développé ces opinions (1) : « En résumé, le principe conservateur poussé a l'excès devient fréquemment inutile, sinon nuisible; c'est en suivant les malades pendant un temps suffisamment long que l'on peut s'en convaincre. »

On pourrait, à la vérité, m'opposer des faits contradictoires, et me montrer des cas de réussite nombreux ; mais en procédant de cette

(1) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 433.

manière on n'arrive à rien, et le doute, un moment écarté, renaît bientôt. Pour éviter des oscillations aussi fâcheuses pour l'art que préjudiciables aux malades, il faut procéder autrement; si l'on veut juger enfin les deux méthodes d'amputation de la jambe, il faut rassembler, sans idée préconçue, un grand nombre d'observations, dans lesquelles seront consignés au moins les renseignements suivants :

1° La nature de la maladie et son siége précis;

2° La constitution, l'âge, l'état général de l'opéré;

3° Le procédé mis en usage; les suites immédiates de l'opération, c'est-à-dire les complications intercurrentes; la durée de la cicatrisation;

4° La mortalité et ses causes;

5° L'état anatomique du membre et l'examen des fonctions, le malade étant suivi au moins pendant un an.

Certainement on verra que les amputations de la jambe fourniront des résultats différents suivant qu'elles seront pratiquées pour des cas traumatiques ou organiques, pour des lésions du pied ou de l'articulation tibio-tarsienne, pour des caries diaphysaires ou épiphysaires, pour des arthrites aiguës ou chroniques, pour des maladies des parties molles ou des parties dures, pour des affections inflammatoires ou cancéreuses et fibro-plastiques. Peut-être ce relevé exact donnera-t-il un démenti aux opinions que j'ai aujourd'hui, et c'est de grand cœur que j'en adopterai de nouvelles, fondées au moins sur des bases solides. La Société de chirurgie est peut-être seule en mesure de trancher une question en litige depuis près de trente ans; il suffit de recueillir, ce qu'on ne fait guère, des observations d'amputation de la jambe. Ces cas sont si communs qu'on peut négliger ceux qui existent dans la science, et se contenter de faits nouveaux colligés indistinctement, sans qu'il en soit omis un seul. Tous ceux qui voudront sortir de l'incertitude concourront à ce travail, susceptible, plus qu'on ne le pense peut-être, de jeter sur nos travaux un éclat sérieux.

En conséquence, je dépose sur le bureau un premier document : l'observation d'une amputation de la jambe au lieu d'élection, nécessitée par une altération profonde de l'articulation tibio-tarsienne, amputation qui s'est terminée par la mort.

M. Broca prend la parole en ces termes: Je prie avant tout M. Verneuil et les autres collègues dont j'ai cru devoir combattre les opinions, d'être bien persuadés que je n'ai pas eu l'intention de mettre en doute leurs sentiments d'humanité. Si j'ai fait appel à ces sentiments, c'est parce qu'en parlant cette langue, j'étais sûr de trouver de l'écho chez mes adversaires.

Nous ne devons pas nous dissimuler la gravité de cette discussion. L'amputation sus-malléolaire a été rejetée pendant longtemps. Il y a des chirurgiens qui ne l'ont jamais acceptée ; d'autres l'ont abandonnée, et beaucoup d'autres sont encore indécis. Dans cette situation, l'opinion de la Société de chirurgie aura certainement une grande influence sur la pratique générale, et nous devons, avant de nous prononcer, examiner la question sous toutes ses faces.

Le chirurgien qui, en désespoir de cause, se décide à couper la jambe pour une affection incurable du pied ou du cou-de-pied, doit se proposer de remplir trois grandes indications que j'énumérerai par ordre d'importance : 1° sauver la vie du malade ; 2° obtenir la cicatrisation complète et durable de la plaie ; 3° conserver autant que possible les fonctions du membre. Comparons les deux opérations rivales sous ce triple point de vue.

Tout le monde est d'accord sur le premier point, et je reste certainement au-dessous de la vérité en disant que l'amputation sus-malléolaire est trois fois moins grave que l'amputation au lieu d'élection. Celle-ci fait périr plus de la moitié des malades, 55 p. 100, suivant la triste statistique de M. Malgaigne. Il n'existe pas de statistique régulière bien étendue pour l'amputation sus-malléolaire ; mais voici M. Huguier qui, sur 14 opérés, n'en a pas perdu un seul. C'est une série heureuse, je le reconnais. On s'accorde généralement à dire que la mortalité est comprise en moyenne entre 1/6e et 1/7e. Ce chiffre me paraît assez exact, si je m'en rapporte aux opérations que j'ai pratiquées moi-même et à celles bien plus nombreuses que j'ai vu faire par Blandin pendant mon internat. Prenons, si on veut, le chiffre de 1 sur 6, qui est le moins favorable ; comparons-le au chiffre de 1 sur 2, qui n'exprime même pas toute la mortalité de l'amputation au lieu d'élection, et nous arriverons à cette conclusion, que le chirurgien désireux de conserver ses malades à la vie doit, toutes les fois que cela est possible, donner la préférence à l'amputation sus-malléolaire.

Sur ce point, l'amputation sus-malléolaire est inattaquable, et, il faut le dire, inattaquée. Mais on se préoccupe avec raison des résultats ultérieurs. M. Verneuil a tiré parti des cas où la plaie ne se cicatrise pas, où elle se rouvre, où l'os devient malade de diverses manières. Ces résultats, qu'à juste titre il appelle insuffisants, peuvent être assez graves pour nécessiter une nouvelle amputation, pratiquée, cette fois, au lieu d'élection, ainsi que j'ai été obligé de le faire il y a quelques jours sur un malade dont j'ai déjà entretenu la Société. Est-ce une raison pour renoncer à l'amputation sus-malléolaire? Non, certes ;

car le même argument pourrait servir à faire proscrire toutes les amputations et toutes les résections. Toutes, en effet, peuvent se comporter de la même manière. M. Verneuil ne le nie pas; mais il pense que ces accidents offrent à la suite de l'amputation sus-malléolaire une fréquence toute spéciale. Je lui demanderai comment il peut le savoir ; car personne, que je sache, n'a fait sur ce point de statistiques comparatives. On cite, il est vrai, beaucoup de faits qui, sous ce rapport, semblent déposer contre l'amputation sus-malléolaire.

M. Verneuil lui-même en a recueilli un grand nombre. Cela ne prouve rien, pour deux raisons ; d'abord, parce que cette amputation est une de celles qu'on a pratiquées le plus souvent depuis une quinzaine d'années; ensuite, parce que c'est une opération encore contestée, sur les avantages de laquelle tous les chirurgiens ne sont pas d'accord, de telle sorte que chacun s'empresse d'enregistrer les faits défavorables. Mais si on voulait dresser un pareil réquisitoire contre l'amputation de la cuisse, du bras ou de l'avant-bras, on trouverait, je n'en doute pas, des chefs d'accusation tout aussi nombreux. Quels sont, en effet, les accidents qui peuvent se développer dans le moignon, empêcher la plaie de se refermer entièrement, provoquer plus tard l'ulcération de la cicatrice, donner lieu, en un mot, aux résultats insuffisants dont parle M. Verneuil? Ce sont la conicité du moignon, la procidence de l'os, la formation d'ostéophytes trop volumineuses, l'ostéite, la nécrose, et enfin la carie.

En laissant de côté la carie, sur laquelle je vais revenir, et qui dépend de causes spéciales, les autres accidents, je le reconnais, sont plus fréquents à la suite de l'amputation sus-malléolaire qu'à la suite de l'amputation au lieu d'élection. Est-ce parce que celle-ci est pratiquée plus loin de la lésion primitive? Nullement. C'est parce que, dans l'amputation sus-malléolaire, on scie un os *compacte* et qu'on ouvre le canal médullaire du tibia et du péroné, circonstances favorables à la production de la nécrose, de la médullite, de la périostite, tandis que dans l'amputation au lieu d'élection on n'entame que le tissu spongieux. Mais, ainsi que je l'ai déjà dit, les mêmes différences existent entre l'amputation pratiquée au milieu de la cuisse et l'amputation pratiquée au-dessous des trochanters, entre l'amputation classique du bras et celle qu'on pourrait faire sur le col chirurgical de l'humérus, si on ne préférait pas avec raison, dans le cas où la scie doit porter sur un point aussi élevé, pratiquer la désarticulation de l'épaule. Cette analogie et les conséquences qui en découlent n'ont pas échappé à M. Verneuil; aussi a-t-il glissé rapidement sur la nécrose, sur la conicité du

moignon et sur la plupart des autres accidents, pour s'occuper principalement de la carie. A ce propos, il a établi une distinction très-importante entre les diverses causes qui peuvent nécessiter l'amputation. Pour les causes traumatiques, il accepte sans restriction l'amputation sus-malléolaire. Il l'accepte encore lorsqu'il s'agit d'une altération pathologique limitée au squelette du pied. Mais lorsque l'articulation tibio-tarsienne est malade, il craint de voir la carie s'emparer du moignon, il repousse alors l'amputation sus-malléolaire, et conseille, pour s'éloigner du siége du mal, de remonter au lieu d'élection. Je lui ferai remarquer pourtant que la carie attaque très-rarement le tissu *compacte;* elle peut s'y développer sans aucun doute; j'en ai vu quelques exemples, mais je n'en ai pas vu un seul à la suite de l'amputation sus-malléolaire, et les faits de ce genre sont beaucoup trop exceptionnels pour qu'on doive s'en préoccuper. On n'en tient point compte dans les autres amputations, et il ne faut pas avoir deux poids et deux mesures. C'est lorsqu'on fait porter le trait de scie sur des os *spongieux* très-rapprochés de la carie primitive que la récidive de la carie est à craindre. Cela n'empêche pas cependant de pratiquer les résections articulaires. Or, jamais, dans ces résections, on ne s'éloigne autant du siége du mal qu'on ne le fait dans l'amputation sus-malléolaire, toujours pratiquée à cinq ou six travers de doigt au-dessus de l'articulation.

Quant au cas particulier où l'amputation est faite pour une tumeur cancéreuse, fibro-plastique, épithéliale, etc.; en un mot, pour une de ces tumeurs qui ont beaucoup de tendance à récidiver, je reconnais, avec M. Verneuil, qu'il y a avantage à s'élever bien au-dessus des limites de la tumeur. C'est un précepte général qui trouve ici son application, mais qu'il ne faut pourtant pas exagérer. Si l'amputation sus-malléolaire permet de remplir complétement l'indication, il n'y a vraiment pas de raison pour couper la jambe plus haut.

J'arrive maintenant à la question la plus sérieuse. Quels sont les résultats définitifs de l'amputation sus-malléolaire, c'est-à-dire quel est l'état des fonctions du membre après la guérison complète du moignon? Après l'amputation au lieu d'élection, l'opéré est obligé de marcher sur le genou; c'est un point d'appui très-solide, mais le membre est privé des mouvements de flexion et d'extension. Après l'amputation sus-malléolaire, au contraire, on place la jambe dans un membre artificiel qui prend son point d'appui sur l'ischion, et qui présente au niveau du genou une articulation en charnière. Cette articulation, mise en mouvement par l'action des muscles, obéit à la volonté comme

une articulation naturelle, et, lorsqu'on adapte à l'extrémité inférieure du membre un pied artificiel articulé à ressort, la marche s'effectue sans claudication, avec la même facilité, avec la même élégance qu'à l'état normal.

L'avantage ici paraît donc tout entier du côté de l'amputation sus-malléolaire. Malheureusement tous les opérés ne sont pas dans les mêmes conditions sociales. C'est de là que sont venues les contestations.

Lorsque l'amputé appartient à la classe aisée, lorsqu'il exerce une profession peu pénible, lorsque ses moyens lui permettent de faire la dépense d'un membre artificiel convenable, les résultats de l'amputation sus-malléolaire sont vraiment merveilleux. Le membre amputé fonctionne tout aussi bien que l'autre. L'opéré ne boite pas; il peut faire plusieurs lieues à pied sans désemparer et sans se fatiguer; il peut courir, sauter, danser, aller à cheval sans que personne s'aperçoive qu'il est mutilé.

Permettez-moi de vous en citer un exemple frappant.

Un de nos confrères, homme fort grave aujourd'hui, donna des soins pendant son internat à une jeune fille que Blandin avait soumise à l'amputation sus-malléolaire. Quelque temps après, il alla au bal masqué, où il dansa pendant toute la soirée avec cette jeune fille sans la reconnaître et sans s'apercevoir qu'elle n'avait qu'une jambe. Telle est la perfection des résultats de l'amputation sus-malléolaire.

On ne peut donc pas contester la supériorité de cette opération lorsque le sujet qui la subit est dans une position aisée. Mais les pauvres, ici comme partout, sont les plus nombreux. On les ampute à l'hôpital; puis, quand ils sont guéris, on s'adresse à l'administration pour obtenir un membre artificiel. C'est une dépense de 60 à 80 fr., et l'administration recule quelquefois. Lorsqu'on a levé tous les obstacles, on renvoie l'opéré avec une jambe articulée qui le plus souvent laisse beaucoup à désirer. Celui-ci, au lieu de s'exercer graduellement à la marche, reprend tout de suite ses pénibles travaux : première source d'accidents. Puis son membre artificiel, soumis à des manœuvres violentes, s'use promptement, se dérange, se casse. Il faudrait pouvoir le remplacer fréquemment; mais l'ouvrier ne peut pas supporter cette dépense périodique, et l'administration de l'assistance publique, dont le budget est insuffisant, lui vient rarement en aide. Il continue donc à travailler avec sa mauvaise jambe articulée; alors son moignon s'excorie, s'ulcère, et voilà pourquoi beaucoup de malheureux, pour mettre fin à tant de difficultés, viennent réclamer une nouvelle amputation, que, pour ma part, je refuserai toujours de pratiquer,

parce qu'elle est grave et qu'elle n'est pas absolument indispensable.

Tout cela est fort fâcheux, sans aucun doute. Si la différence de gravité était peu considérable entre les deux opérations rivales, il serait peut-être permis d'hésiter entre elles lorsqu'il s'agit d'un malade pauvre, qui exerce une profession pénible. Mais cette différence est tellement grande que nous ne devons pas tenir compte des difficultés administratives. La chirurgie ne peut pas plier à ce point devant les exigences sociales.

C'est à nous de faire comprendre à l'administration la nécessité des sacrifices que nous lui demandons pour nos opérés, et je suis convaincu qu'en y mettant de la persévérance nous finirons certainement par y réussir.

M. Robert déclare qu'il partage l'opinion de M. Broca sur les avantages de l'amputation sus-malléolaire, mais il pense que la question doit être étudiée sous différents points de vue. Quant à la mortalité, il est hors de doute qu'elle est bien moindre après l'amputation à la partie inférieure qu'au lieu d'élection ; cette dernière est presque aussi grave que l'amputation de la cuisse. Sur ce point, il ne saurait donc y avoir aucun doute; mais, si l'on considère l'usage que le malade fera plus tard de son membre et les accidents qui peuvent arriver au moignon, ulcérations, ostéite, nécrose, etc., la préférence à accorder à l'amputation sus-malléolaire est moins évidente. Lorsque le malade n'est pas exposé à de grandes fatigues, et qu'il est en position de se procurer de bons appareils prothétiques, la solution de la question est assez simple ; mais il est d'autres cas où l'amputation au lieu d'élection peut être préférable. Ainsi, dans l'enfance, les amputations en général sont peu graves, et l'amputation de la jambe au lieu d'élection ne l'est pas plus qu'au-dessus des malléoles : aussi M. Robert incline pour la première de ces opérations chez les enfants à cause de la difficulté d'appliquer à cet âge des moyens prothétiques, et de la nécessité de les renouveler à mesure de la croissance. Chez les adultes mêmes la question est encore douteuse lorsqu'ils ont un état fatigant, parce qu'alors on les voit souvent se dégoûter du membre artificiel et l'abandonner pour prendre la jambe de bois, qui offre plus de solidité dans la marche. Enfin, la nature de la lésion qui motive le sacrifice du membre est encore, aux yeux de M. Robert, d'une grande importance pour le choix du point où l'on amputera. Lorsque l'affection siége au pied et n'atteint pas l'articulation tibio-tarsienne, il préfère l'amputation sus-malléolaire, tandis que dans les tumeurs blanches de cette articulation il préfère l'amputation au lieu d'élection.

M. Demarquay, bien que l'on ait déjà dit une partie de ce qu'il avait à dire sur l'amputation sus-malléolaire, croit cependant devoir prendre la parole pour défendre une opération qui a donné entre les mains de Blandin des résultats si avantageux. Cette opération (le fait est bien établi) n'offre pas une grande gravité; pendant une période de dix ans, M. Demarquay n'a vu périr qu'un des malades sur qui Blandin l'avait pratiquée. Le procédé qu'employait ce chirurgien était celui de M. Lenoir modifié, c'est-à-dire qu'il pratiquait la méthode circulaire, en ayant soin de laisser en arrière une grande partie des chairs adhérentes à la peau, de manière à bien recouvrir les extrémités osseuses. Les pansements étaient faits de manière à reporter autant que possible en avant les parties molles de la face postérieure du moignon, et à bien maintenir à l'aide de bandelettes les bords de la plaie en rapport, afin de prévenir la rétraction des tissus. M. Demarquay déclare n'avoir pas observé dans la pratique de Blandin les accidents sérieux que l'on attribue à cette méthode, et, quant au sort ultérieur des malades, il a vu les personnes aisées opérées par Blandin, et munies des appareils de M. Martin, marcher facilement et dissimuler parfaitement leur mutilation; plusieurs même, qui étaient forcées de travailler pour vivre, se servaient très-bien de leurs membres artificiels. M. Martin lui a fait voir l'année dernière plusieurs malades qui se servaient de ses appareils, et pouvaient suffire à leur existence par un travail continu. Mais il faut bien se souvenir que la fabrication et l'application des appareils prothétiques ne sont pas chose indifférente, et doivent être surveillées avec soin.

M. Demarquay termine eu déclarant que, pour lui, l'amputation sus-malléolaire est une bonne opération que l'on doit conserver, et qu'il l'appliquera toutes les fois que les conditions seront favorables.

M. Huguier fait observer qu'il ne s'agit pas de proscrire l'amputation sus-malléolaire. Pour lui, il a eu pour cette opération une grande prédilection appuyée sur les succès qu'il avait obtenus; mais, quand il en a mieux connu les suites, il a modifié son opinion; il lui reconnaît des avantages incontestables dans les lésions traumatiques; dans les cas de ce genre, il n'a jamais vu d'accidents graves; les deux ou trois malades à qui il a dû faire l'amputation du moignon avaient été amputés une première fois pour des tumeurs blanches. Les malades chez qui il survint des accidents avaient souvent des ulcérations ou des fistules du bout du moignon; mais il eu est d'autres dont les ulcérations, placées à la face antérieure de la jambe, sont dues uniquement au

ballottement du moignon dans des appareils mal adaptés et aux chocs continuels qui en résultent.

M. Giraldès établit que, pour juger les résultats de l'amputation sus-malléolaire, il faut apprécier des conditions très-complexes. On en a déjà signalé un certain nombre, mais il en est encore qui méritent une sérieuse attention. Ainsi M. Larrey, d'après des opérations pratiquées dans des circonstances particulières, s'est élevé contre cette méthode d'amputation. Sans doute les résultats qu'il a rapportés sont déplorables; mais dans les mêmes circonstances les résultats des autres méthodes sont plus déplorables encore. Les conditions qui aggravaient ainsi la position des opérés venaient de ce que dans les ambulances ils manquaient du nécessaire, de ce qu'on était forcé de les évacuer, souvent à plusieurs reprises, d'un hôpital sur un autre, et de ce qu'enfin dans le cours du traitement ils passaient successivement par les mains de plusieurs chirurgiens.

M. Verneuil a manifesté une certaine tendance à proscrire l'amputation sus-malléolaire, s'il n'était retenu par la mortalité à la suite de l'amputation au lieu d'élection; cette tendance vient de ce que M. Verneuil n'a pas tenu compte d'un assez grand nombre de faits; en effet, il ne suffit pas, pour établir son jugement, d'étudier les résultats de la pratique des chirurgiens de notre pays, il faut y joindre ceux qu'obtiennent dans d'autres pays tous les chirurgiens habiles, et consulter leur opinion.

Pour apprécier les inconvénients des moyens prothétiques, il faut savoir d'abord à quelle époque et comment ils ont été appliqués. Dans les hôpitaux, on renvoie, en général, les malades dès que leur plaie est cicatrisée. Mais un moignon cicatrisé a souvent encore besoin de beaucoup de temps avant d'être en état de supporter un membre artificiel. Lorsqu'il a pris le service de Saint-Louis, que quittait M. Richard, M. Giraldès y a trouvé plusieurs malades qui avaient été amputés, et dont les plaies étaient à peine cicatrisées. S'il les eût renvoyés, il leur serait infailliblement arrivé des accidents; mais il a continué à les soigner, et au bout de quelque temps il a pu, sans inconvénient, leur faire porter des appareils. A ces conditions, qui tiennent à l'état du moignon, il faut ajouter encore celles qui viennent des appareils prothétiques, le plus souvent mal faits; et il n'en saurait être autrement, car chaque appareil demanderait une étude particulière pour se bien adapter au membre. Évidemment ces conditions défavorables, qui sont dues à la mauvaise exécution des appareils ou bien à l'état des moignons, ne doivent pas peser sur l'amputation sus-malléolaire elle-même.

M. Verneuil proteste contre l'intention de proscrire l'amputation sus-malléolaire. Ce qu'il a dit, c'est qu'on ne doit l'employer que lorsque les os de la jambe sont sains, dans les cas d'altérations du pied dans sa continuité ou de lésions traumatiques; tandis que les tumeurs blanches, les caries de l'articulation tibio-tarsienne réclament l'amputation à la partie supérieure.

Quant aux résections, M. Verneuil est loin de les rejeter; mais il pense que le membre inférieur ne s'y prête pas.

La discussion est close.

CORRESPONDANCE.

M. Verhaeghe (d'Ostende) envoie à la Société deux ouvrages intitulés *De l'influence de l'air de la mer sur l'organisme humain*, et *Chirurgie plastique*.

Hémorrhagie ombilicale suivie de mort. — M. Richard donne lecture de l'observation suivante adressée par M. Allaire, d'Héricy-sur-Seine.

Je viens d'observer cette terrible hémorrhagie chez un de mes petits enfants, que j'ai eu la douleur de perdre dans la nuit du 13 courant (septembre 1856). C'est le seul cas qu'il m'ait été donné de rencontrer pendant une pratique de près de trente-cinq ans. L'enfant, âgé de neuf jours, de la plus belle santé, aux soins d'une excellente nourrice sous tous les rapports, n'avait jamais jeté le moindre cri depuis son arrivée à la campagne. Le cordon ombilical tomba spontanément quatre jours après la naissance, et on eut soin de continuer l'emploi du petit bandage de corps. Appelé de suite auprès du petit malade, je crus un instant avoir triomphé de cette hémorrhagie en employant tour à tour charpie, amadou, couverts de compresses graduées, le tout soutenu par un bandage de corps. La suspension de l'écoulement sanguin n'étant toujours que momentanée, je dus essayer la compression latérale avec les doigts, que je continuai pendant une heure, à deux reprises; mais j'avais le chagrin de voir l'hémorrhagie revenir aussitôt que la compression était suspendue.

Je dois me hâter de dire que le sang ne venait pas du tubercule ombilical; il sortait en nappe et sans saccades du fond d'un hiatus existant au-dessous et un peu à gauche de ce tubercule. Cet hiatus était visiblement contractile; il se fermait et se dilatait alternativement : d'où suspension et réapparition de l'hémorrhagie.

La figure et les lèvres étaient d'une pâleur extrême, et je croyais à

chaque instant voir mon petit garçon périr. En désespoir de cause, je dus me déterminer à maintenir rapprochés deux plis de la peau, l'un inférieur, bien contigu à l'hiatus, l'autre supérieur, au moyen de deux aiguilles à coudre (n'en ayant pas d'autres sous la main), et je fis la suture entortillée. A l'instant même l'écoulement de sang cessa, mais l'enfant succomba une heure et demie après l'application de la suture et cinq heures après l'accident. Il refusa d'abord faiblement le sein de la nourrice, qui bientôt ne put que lui instiller de son lait dans la bouche; poussa de temps en temps des cris, des gémissements, eut quelques mouvements convulsifs; la respiration devint plus sonore, plus rare, suspirieuse; l'enfant était à l'agonie. Je n'omettrai pas de noter que pendant la première heure de l'accident l'enfant eut deux ou trois selles et urina deux fois.

Trente heures après la mort, je pratiquai une incision dans le lieu de l'hiatus d'où naissait l'hémorrhagie, en suivant la direction de la ligne blanche au côté gauche du tubercule ombilical. Là aucune extravasation n'existait. Je pus découvrir assez profondément, détachée et écartée de ce tubercule, une artère, dans le pertuis de laquelle je pus introduire un petit stylet. Évidemment c'est ce petit vaisseau qui a donné lieu à l'hémorrhagie. Sans aucun doute l'opération la plus rationnelle et la plus sûre eût été de découvrir incontinent ce petit moignon d'artère afin d'en pouvoir faire la ligature. Cependant je me fais cette question : La compression au moyen de la suture entortillée, faite de suite, eût-elle été suffisante, soit pour, en arrêtant l'écoulement de sang au dehors, s'opposer à une extravasation sanguine interne, soit pour que la petite artère s'oblitérât?

Comment expliquer cette hémorrhagie ombilicale? Dépendait-elle d'un sang moins coagulable?

Nota. — L'enfant portait à la voûte palatine une tumeur aplatie, rouge, dure, qui devint violacée au moment de l'agonie; cette tumeur existait depuis la naissance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

Séance du 1er octobre 1856.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur sanguine de la tête paraissant et disparaissant suivant la position. — M. Richard présente à la Société de chirurgie une femme qui porte au niveau de la fontanelle postérieure une tumeur molle, fluctuante, paraissant lorsque la tête est dans une position déclive et disparaissant quand elle est droite.

M. Verneuil pense que cette tumeur appartient à une classe d'affections non encore décrite dans les auteurs ; il en a vu un exemple sur une jeune fille. La tumeur, qui disparaissait quand la tête était droite, reparaissait quand elle était inclinée, et devenait grosse comme un œuf de poule ; elle augmentait dans les efforts. La malade avait reçu plusieurs années avant un coup sur la région affectée, et disait sentir dans sa tumeur une petite pièce solide qui se déplaçait et causait quelquefois une piqûre. Cette malade fut présentée à la Société de chirurgie, où l'on regarda généralement sa tumeur comme une tumeur sanguine veineuse communiquant avec l'intérieur du crâne. La guérison survint, ou du moins la tumeur cessa de paraître à la suite de l'examen prolongé et des palpations répétées auxquels elle avait été soumise.

M. Verneuil cite quatre autres cas publiés dans divers recueils scientifiques, ce qui fait en tout six exemples de cette affection connus dans la science. Il pense que l'on doit se borner à un traitement palliatif.

M. Larrey, aux faits qui viennent d'être signalés, en ajoute un nouveau qu'il a observé au Val-de-Grâce sur un jeune soldat. Cet homme ne se rappelait pas avoir reçu de coup sur la région frontale. Il vit se développer dans ce point une tumeur qui acquit peu à peu le volume d'une pomme de reinette, et présentait tous les caractères que l'on vient de signaler ; sa base était entourée d'un cercle dur ; elle disparaissait lorsque la tête était élevée, reparaissait et devenait vasculaire à sa surface dans les positions déclives. M. Larrey n'a tenté aucun traitement.

M. Broca ne possède pas d'observation de ce genre d'affection ; mais il remarque l'analogie de ces faits, qui sont curieux par leur répétition

dans une même région du corps, avec d'autres tumeurs qui ont été désignées sous le nom d'anévrysmes veineux, et que l'on a surtout observées au voisinage de la veine jugulaire externe et dans la région parotidienne. On peut encore en rapprocher certains kystes veineux de la région parotidienne. L'année dernière, dans un hôpital de Paris, on pratiqua une injection iodée dans un kyste de ce genre, et il en résulta des accidents qui amenèrent la mort en quelques heures.

M. Huguier a observé une semblable tumeur qui s'était formée sur le trajet de la veine faciale pendant les douleurs de l'accouchement. Il en a vu une autre chez une fille de quatorze ou quinze ans sur le trajet de la veine céphalique; cette tumeur augmentait lorsque le bras était pendant, et diminuait quand il était élevé. Une ponction exploratrice fut faite avec un petit trocart, et donna issue à du sang veineux; alors la petite plaie fut fermée et la tumeur abandonnée à elle-même. M. Huguier se demande si dans ce cas il y a une seule cavité remplie de sang ou bien un lacis de veines dilatées; la promptitude avec laquelle le liquide disparaît et revient le porte à penser qu'il doit remplir une cavité unique.

M. Giraldès fait savoir à la Société, de la part de M. Middeldorf, que ce chirurgien traite en ce moment deux tumeurs analogues à celle qu'a présentée M. Richard, et qu'il s'est assuré par la ponction qu'elles étaient remplies de sang. M. Giraldès lui-même en a vu trois ou quatre. Une de ces tumeurs se trouvait sur la glande thyroïde d'une fille qui entra à la Charité dans le service dont M. Giraldès était chargé. Il y fit une ponction exploratrice, et, n'ayant obtenu que du sang, il s'abstint de toute opération. Cette fille, sortie du service de M. Giraldès, revint bientôt à la Charité; on lui fit une injection iodée, et elle mourut en très-peu de temps.

Une autre fille avait au niveau du cartilage thyroïde une tumeur semblable, qui fut injectée avec le perchlorure de fer.

A l'hôpital Saint-Louis, M. Giraldès en observa une troisième qui siégeait sur la face antérieure du cou; il y fit une ponction qui donna issue à du sang, et par suite de la ponction la tumeur augmenta de volume.

Enfin, il en a vu une quatrième à Heidelberg; M. Chelius, après l'avoir ouverte, y mit du perchlorure de fer, et la malade succomba.

M. Verneuil fait remarquer qu'il existe de grandes différences entre les tumeurs dont il vient d'être question. On a rapporté des cas de tumeurs remplies par du sang veineux et situées en différents points; mais dans l'observation de M. Richard, il y a communication de la tu-

meur extérieure avec l'intérieur du crâne ; rien ne prouve au reste que ce soit une tumeur veineuse ; on le préjuge, car on ignore la nature du liquide qu'elle contient.

M. GUERSANT pense, comme M. Verneuil, que c'est à tort qu'on a rapproché la tumeur observée par M. Richard des kystes veineux ; il propose, pour trancher la question, de faire une ponction exploratrice.

Tumeur présumée fibro-plastique de la région sous-malléolaire externe du pied droit.

M. LARREY présente une malade qui lui a été adressée de Compiègne par M. le docteur Dénéchaud, pour une tumeur du pied dont l'extirpation semble nécessaire. Voici d'abord les antécédents recueillis sur ce cas assez rare en lui-même.

Mme P..., âgée de cinquante-cinq ans, est d'une excellente constitution, d'un tempérament sanguin, et n'a jamais été malade. Elle raconte que vers l'âge de douze ans elle s'est foulé le pied droit, sans presque faire attention à cet accident et sans réclamer aucun soin. Elle croit que les mouvements et la fatigue ont occasionné de la tuméfaction vers le point où siége aujourd'hui la tumeur, et que peu à peu le gonflement s'est accru, d'abord d'une manière insensible pendant les dix premières années, mais ensuite bien davantage et plus vite dans les derniers temps, sans se rappeler s'il a augmenté sous l'influence d'autres causes, telles surtout que des contusions. Quoi qu'il en soit, cette femme, obligée par sa profession de commerçante à une activité continuelle assez pénible, n'a pas cessé de s'y livrer, et n'a rien révélé de son mal à sa famille, qui n'en a eu connaissance que depuis quelques jours.

L'état dans lequel la tumeur s'offre à notre observation est le suivant ; il a été noté par le docteur Gaujot, notre aide de clinique au Val-de-Grâce : cette tumeur, siégeant à l'extrémité inférieure de la jambe droite, au-dessous de la malléole externe, s'y trouve comme insérée par un pédicule assez large, en même temps qu'elle semble s'étaler et s'aplatir sur ce point d'implantation, soit par son propre poids, soit plutôt par la pression due à une chaussure élevée, quoique assez molle.

Tel est le premier aspect que présente la tumeur, dont la forme arrondie, mais déprimée, indique effectivement une action mécanique tendant aussi à l'abaisser et à l'appliquer à la face externe du tarse.

Un sillon presque circulaire sépare en partie la tumeur du pied, et permet à une spatule mince de circonscrire à peu près le pédicule.

Le côté inférieur de cette tumeur dépasse le bord externe de la plante du pied, et porte même sur le sol dans un point déprimé, dont la peau est devenue un peu calleuse. Son bord antérieur s'avance jusqu'au métatarse ; elle recouvre en arrière la face externe du calcanéum, et elle est en rapport en haut avec la malléole.

De là il résulte que la tumeur a un volume assez considérable, équivalant à peu près à celui du poing. Elle mesure 28 centimètres dans sa plus grande circonférence, 21 centimètres dans son diamètre vertical, et 16 autour de son pédicule. Elle est mobile au niveau de son point d'origine, autour de la malléole, sans y adhérer, par conséquent ; mais elle semble inséparable du pied par une connexion directe avec le tarse, dont elle suit tous les mouvements.

La peau qui la recouvre est mince, adhérente, colorée d'une teinte bleuâtre et sillonnée de veines variqueuses. Elle offre enfin une ulcération superficielle assez étroite, formée récemment par excoriation sur l'un des points saillants de sa surface.

La masse morbide est constituée extérieurement par des bosselures accolées les unes aux autres, inégales de volume et de consistance, plutôt mollasses que dures, paraissant un peu fluctuantes et douloureuses à la pression.

Cette tumeur n'a cependant jamais provoqué par elle-même d'autres douleurs, et surtout point d'élancements ; elle n'a porté aucune atteinte à la santé générale ; elle est seulement gênante pour la marche par son développement progressif et par l'ulcération qui est survenue. Mais nulle autre lésion locale n'existe non plus ; point d'œdème du pied ni de la jambe, point d'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine ; les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne enfin et ceux des orteils sont intacts. L'abduction du pied est seule un peu difficile.

L'ensemble de ces caractères nous permet de conclure que la tumeur est probablement de nature fibro-plastique, et qu'elle peut être soumise à l'extirpation.

M. Lenoir reconnaît dans cette tumeur une maladie peu connue, dont il a déjà vu cependant quatre cas. Il la regarde comme une tumeur fibro-plastique développée dans la gaîne des péroniers. Il a vainement employé contre cette affection les médicaments fondants, qui sont restés sans action, et la cautérisation transcurrente, qui a souvent causé des abcès, mais n'a pas eu d'influence sur la marche de la ma-

ladie. Enfin, il pense qu'il n'y a d'autre traitement à proposer que l'extirpation des tissus malades, qui lui a réussi dans un cas.

Tumeur de l'avant-bras. — M. Guersant présente une jeune fille de huit ans, dont l'avant-bras droit est le siége d'une tumeur volumineuse qui a été remarquée au mois de juillet, et n'a pas cessé de s'accroître depuis ce moment. Elle ne cause aucune douleur; sa consistance se rapproche de celle des lipômes. Une ponction exploratrice a été faite, et n'a rien donné. M. Guersant croit qu'il existe des rapports entre la tumeur et le cubitus.

M. Richard trouve que cette tumeur est adhérente au cubitus; il la regarde comme une tumeur fibro-plastique du périoste.

M. Huguier croit qu'elle a pris naissance dans le périoste, et qu'elle a altéré le cubitus dans ses points de contact avec lui. Si on ne lui oppose aucun traitement actif, il est évident qu'elle gagnera les parties voisines. Il faut donc en tenter l'extirpation. Si, pendant l'opération, on s'aperçoit que le cubitus est attaqué, comme ses extrémités sont saines, on pourra faire la résection de la partie malade.

M. Robert regarde le cubitus comme n'ayant aucune part à la maladie, attendu qu'il n'offre pas de gonflement. La tumeur n'est pas un lipôme, car elle n'en a ni la mollesse ni la forme lobulée. Cela paraît être une tumeur tuberculeuse ou fibro-plastique. M. Robert conseille d'en faire l'extirpation.

Tumeur réductible de la région inguinale. — M. Boinet demande l'avis de la Société sur un malade offrant dans la région inguinale droite une tumeur oblongue, placée au-dessus du ligament de Poupart, et s'étendant obliquement de l'épine iliaque antérieure au pubis. Cette tumeur, qui a été examinée par plusieurs chirurgiens, a été prise par les uns pour un entérocèle, par les autres pour un abcès par congestion. C'est à cette dernière opinion que s'arrête M. Boinet, qui fait remarquer que cette tumeur offre à la percussion une matité très-prononcée; ce qui n'aurait pas lieu si elle était formée par les intestins. De plus, le malade a éprouvé des douleurs dans la région lombaire et dans l'épine iliaque antérieure, qui est encore douloureuse à la pression. Cette tumeur, très-saillante quand le malade est debout, est réductible lorsqu'il est couché, ce qui porte plusieurs membres de la Société à penser que cet abcès a son siége dans la fosse iliaque, tandis que d'autres croient qu'il est placé dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A l'occasion de la discussion sur l'amputation sus-malléolaire,

M. Marjolin déclare que cette opération lui a toujours réussi, soit chez les enfants, soit chez les adultes. Il l'a pratiquée six fois, et compte six succès ; tous ses amputés marchent bien avec leurs membres artificiels, à l'exception d'un seul, qui est encore en traitement.

M. Larrey regrette de n'avoir pas assisté à la fin de la discussion. Il rappelle que Blandin, dont l'opinion a tant d'importance sur ce sujet, lui avait avoué à lui-même que, sans les appareils de Martin, il aurait été beaucoup plus réservé pour les amputations à la partie inférieure de la jambe. Il insiste encore sur les résultats ultérieurs de l'amputation sus-malléolaire, qui sont généralement mauvais, par suite de l'imperfection des appareils et des accidents qui peuvent arriver au moignon.

— M. Guersant, à propos du cas d'hémorrhagie ombilicale rapporté dans la dernière séance, déclare que dans des cas semblables il a presque toujours vu périr les enfants. Cependant il a employé trois fois avec succès le perchlorure de fer appliqué au moyen de boulettes de charpie. Chez un de ses trois malades, qui avait un *purpura* avec disposition évidente aux hémorrhagies, en même temps qu'il appliquait le perchlorure de fer, il prescrivit un traitement général composé de frictions avec l'eau vinaigrée et d'eau de Tisserand en boisson. Il obtint par ces moyens un succès complet.

— MM. Bouisson et Middeldorf, membres correspondants, assistent à la séance.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Chappelain, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Marseille, à titre de candidature, une observation qui offre de l'analogie avec un fait communiqué par M. Gosselin à la Société. Cette observation a pour titre : *Hernie crurale; étranglement; anus contre nature; entérotomie; suture intestinale.* (Commission : MM. Maisonneuve, Larrey, Gosselin.)

— M. Dunal, chef interne des hôpitaux de Montpellier, adresse, pour obtenir le titre de correspondant, un mémoire sur la fracture transversale de la rotule. (Commission : MM. Huguier, Laborie, Deguise.)

— M. Sirus Pirondi (de Marseille), membre correspondant, adresse l'exposé de nouvelles expériences sur l'emploi des inhalations éthérées dans le but de remédier aux accidents du chloroforme. (Commission : MM. Laborie, Boinet, Robert.)

— M. le docteur Rufz lit, pour obtenir le titre de membre titulaire, un mémoire sur les polypes de l'utérus. (Commission : MM. Huguier, Lenoir, Giraldès.)

— M. Sallenave (de Bordeaux) adresse à la Société sa réponse à M. Saurel (de Montpellier) sur le *Traité des maladies chroniques dues à l'épuisement.*

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

Séance du 8 *octobre* 1856.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Anévrysme traumatique de l'artère radiale dans le premier espace interosseux. — M. RICHARD présente à la Société un cas assez rare, dont on ne trouve pas d'exemples dans les auteurs; c'est un anévrysme traumatique de l'artère radiale à son passage à travers le premier espace interosseux. On tenta la compression, qui n'amena aucun résultat. Alors M. Richard fit la ligature de la radiale, qui amena la guérison; on sent encore une tumeur dure à la place de l'anévrysme.

M. Richard pense que ce fait soulève une question qui n'est pas encore bien résolue par les chirurgiens; savoir, si dans les hémorrhagies consécutives de la main il faut chercher les bouts de l'artère dans la plaie ou faire la ligature au-dessus.

M. BOINET pense qu'en pareil cas on doit faire la ligature des deux bouts de l'artère si la plaie est récente. Plus tard, lorsqu'il y a anévrysme, il est indiqué de lier la radiale et de voir si les battements cessent; s'ils continuent, il est temps alors de lier la cubitale. Il rapporte le fait qu'il a observé à l'hôpital Saint-Louis d'une hémorrhagie de la paume de la main, pour laquelle on suivit cette conduite; et la ligature de la radiale ayant suffi, on ne fit pas celle de la cubitale.

M. GIRALDÈS, tout en admettant que M. Richard a eu de bonnes raisons pour agir comme il l'a fait, regarde les règles à suivre pour les hémorrhagies dans les plaies récentes ou anciennes comme parfaitement posées. Il est bien établi qu'on doit, autant que possible, chercher les deux bouts de l'artère dans la plaie. Guthrie, pour une plaie de la péronière qui donnait lieu à une hémorrhagie quatre ou cinq semaines après l'accident, agrandit la plaie et lia les deux bouts. M. Nélaton a beaucoup insisté sur ce principe.

M. Richard soutient que les chirurgiens ne sont pas d'accord, et que s'il en est qui recommandent, dans les plaies anciennes de la main, de chercher l'artère dans la plaie, il en est d'autres qui lieraient, en pareil cas, les artères radiale et cubitale.

M. Larrey rappelle qu'à deux reprises, dans des discussions qui ont eu lieu au sein de la Société de chirurgie, on a insisté sur la nécessité de rechercher les bouts de l'artère dans la plaie, mais il est des cas où on ne peut parvenir à la saisir. Il annonce qu'il a en ce moment au Val-de-Grâce un malade sur lequel il a fait avec un plein succès la ligature de l'humérale pour une hémorrhagie grave de la paume de la main. Il présentera plus tard ce malade à la Société.

M. Morel admet non-seulement que les chirurgiens ne sont pas d'accord, mais que la règle doit même varier suivant les cas, et que souvent on pourrait se contenter de la compression directe sur les bords rapprochés de la plaie. Il y a quelque temps, il a vu employer avec succès cette méthode par M. le Dr Guérin (de Saint-Mandé), pour arrêter l'hémorrhagie qui accompagnait une plaie de la main. La guérison a eu lieu il y a trois mois, et il n'existe aucune tumeur sous la cicatrice.

M. Giraldès cite des faits de ligature pratiquée sur les artères de l'avant-bras et sur l'humérale pour arrêter des hémorrhagies de la paume de la main, sans aucun succès. Il en conclut que chez les sujets dont le sang est peu plastique, la ligature faite loin de la plaie n'arrête pas l'hémorrhagie, et que toutes les fois que cela est possible on doit lier l'artère dans le point où elle est divisée.

M. Follin rapporte le fait suivant, qui s'est passé dans son service. Il arrêta une hémorrhagie de la paume de la main au moyen du tamponnement et du perchlorure de fer. Le malade sortit de l'hôpital au bout de huit jours, et revint bientôt avec une nouvelle hémorrhagie. Le tamponnement est appliqué de nouveau; il en résulte un phlegmon, et l'hémorrhagie ne s'arrête pas. Alors, ne pouvant faire la ligature dans la plaie, M. Follin lia les artères radiale et cubitale avec un plein succès.

M. Huguier établit une différence, pour la conduite à tenir, entre les hémorrhagies primitives et consécutives. Pour ces dernières, la ligature dans la plaie n'est pas toujours possible. Dans les plaies de l'arcade palmaire superficielle, il pense qu'on doit découvrir l'artère et la lier au point blessé; mais pour les plaies de l'arcade profonde, il n'est pas d'avis de faire dans la paume de la main des débridements qui mettraient les tendons à nu et pourraient causer de graves désordres;

il y aurait alors moins de danger à lier la radiale dans un point assez rapproché, par exemple au moment où elle s'engage entre les deux premiers métacarpiens. Pour les cas d'anévrysmes faux consécutifs, il approuve la conduite de M. Richard; car il est inutile de lier les deux artères s'il suffit d'en lier une seule. On doit commencer alors par l'artère qui est plus spécialement lésée.

M. Marjolin rapporte que, lorsqu'il était interne, on amena à Beaujon un garçon de café qui, en bouchant une bouteille, s'était fait une plaie profonde à la main. La plaie étant trop étroite pour atteindre facilement les deux bouts de l'artère lésée, M. Marjolin exerça une compression directe sur les artères radiale et cubitale, et un pansement simple fut appliqué sur la plaie. A partir de ce moment l'hémorrhagie cessa, et la guérison eut lieu sans aucune complication.

M. Chassaignac ne met pas en doute que dans les plaies récentes on doive tâcher de faire la ligature dans la plaie; mais pour les plaies anciennes le précepte de Dupuytren lui paraît meilleur, bien que la raison qu'en a donnée l'illustre chirurgien ne soit peut-être pas bonne. En effet, la friabilité des bouts de l'artère n'est pas assez grande, en général, pour empêcher d'y appliquer des ligatures; la meilleure raison, c'est qu'il est impossible bien souvent de trouver les extrémités du vaisseau divisé. L'exemple de Guthrie ne prouve rien, car il a été obligé de faire une incision de sept pouces, et par conséquent il n'a pas lié l'artère dans le point où elle était ouverte.

M. Broca est de l'avis de M. Chassaignac sur la question pratique; mais il pense que Dupuytren a eu raison de dire que dans les plaies anciennes les bouts de l'artère sont friables. Il a été trop loin sans doute en annonçant que les artères dans ces conditions ne supportent pas la ligature; elles la supportent bien, en général, mais pas assez longtemps. M. Broca a vu deux fois des hémorrhagies secondaires, suspendues par la ligature, reparaître le second jour.

Quant à l'emploi du perchlorure de fer, M. Broca pense que généralement on l'applique trop superficiellement; si l'on veut arrêter sûrement une hémorrhagie, il faut obtenir un caillot qui s'étende au loin dans l'artère, et pour cela il faut faire pénétrer le perchlorure dans le vaisseau. Il faut également maintenir assez longtemps l'arrêt de la circulation pour que le caillot ait le temps de se former; pour cela, la compression doit durer un quart d'heure environ; la coagulation du sang par le perchlorure n'est pas instantanée; elle n'est complète qu'au bout de 45 secondes.

M. Giraldès rappelle qu'il existe des faits nombreux d'hémorrhagies qui n'ont pas été arrêtées par la ligature au-dessus de la plaie, et la ligature d'une artère n'est pas une opération innocente. Il pense, comme M. Broca, qu'on a dit à tort que dans les ligatures faites sur les bouts de l'artère le fil coupait le vaisseau. Ce n'est pas non plus l'impulsion du sang qui rompt ses tuniques, mais elles s'ulcèrent dans le point correspondant à la ligature.

Amputations de la jambe au-dessus des malléoles et au tiers moyen du membre. — M. Larrey présente deux amputés de jambe comme double spécimen des cas auxquels il a fait allusion dans la discussion soulevée par lui.

Le premier est un Arabe, des tirailleurs algériens, blessé en Crimée, le 5 novembre 1854, par un biscaïen qui lui fracassa les deux pieds, l'un dans les articulations du tarse, l'autre dans l'articulation tibio-tarsienne. Les premiers soins ne purent lui être donnés que quarante-huit heures après, et la mutilation de l'un et l'autre membre était telle que la double amputation semblait nécessaire; mais le blessé s'y refusa d'une manière absolue d'abord. Il dut s'y soumettre enfin après deux mois et demi de soins et de pansements inutiles, lorsque les os se trouvèrent dénudés, en même temps que les plaies élargies, et la sensibilité ainsi que le mouvement abolis dans les orteils.

L'amputation des deux jambes fut pratiquée, le 26 janvier 1855, au-dessus des malléoles par la méthode circulaire, et le résultat primitif en fut très-satisfaisant. Nul accident, nulle complication ne survint, et au bout d'un mois la cicatrisation était si avancée dans chaque moignon qu'elle faisait espérer l'application prochaine ou au moins l'essai des moyens convenables de prothèse. Mais il n'en fut rien, et sans cause, sans excoriation intercurrente, sans pourriture d'hôpital, les deux plaies devinrent deux ulcères que rien ne put faire cicatriser définitivement. Un travail de réparation se formait-il d'un côté, du côté opposé l'ulcération semblait s'accroître, et il en a été ainsi sans interruption jusqu'à ce jour.

A présent même, le moignon du côté droit paraît cicatrisé, tandis que celui du côté gauche offre une ulcération assez large. Que celle-ci se ferme, celle-là s'ouvrira sans doute, car le tissu cicatriciel est si mince, si adhérent aux os, qu'il ressemble à une pellicule prête à se déchirer. Chaque extrémité de l'un et l'autre moignon est d'ailleurs tellement amincie que les deux os paraissent confondus en un seul, tant ils se sont émoussés et rétrécis dans le lieu de leur section.

Il résulte de cette disposition, jointe à l'émaciation et à l'atrophie du reste des deux jambes, que les moignons, devenus presque cylindriques à chaque bout, présentent au-dessus une forme conique, effilée, mesurant à peine 12 ou 13 centimètres de circonférence.

La sensibilité, enfin, y est assez vive et continue pour que l'amputé s'en plaigne presque toujours. Il n'a pu supporter jusqu'à présent divers essais de prothèse, ni les appareils même les mieux confectionnés. Le meilleur, confié à un fabricant habile, a été retouché ou modifié dix fois pour une, et nous ne pouvons prévoir encore s'il sera possible à l'amputé de s'en servir.

Voilà près de deux ans qu'il a été blessé; voilà vingt-deux mois qu'il a subi la double amputation sus-malléolaire, sans avoir pu encore supporter la marche, ni même la station sur deux jambes artificielles. Ce malheureux enfin nous a déjà demandé de lui réséquer ses moignons, ou de lui faire des appareils qui lui permissent de fléchir ses restes de jambes sur les cuisses, comme le font les amputés au-dessous du genou.

Ce fait-là n'est-il pas, ajoute M. Larrey, un témoignage vivant à l'appui de l'opinion que j'ai soutenue devant la Société?

Le second fait est relatif à une amputation de jambe pratiquée vers le tiers moyen du membre, et qui a offert quelques circonstances particulières.

Un soldat du 10e régiment d'artillerie est blessé en Crimée le 8 septembre 1855 par un éclat de bombe, qui fracasse les deux os de la jambe droite à son quart inférieur. Aucun accident primitif ne survient; un pansement provisoire est fait. Mais dès le surlendemain la gangrène s'empare de la plaie; elle semble se limiter après quelques jours, et le 11 septembre on procède à l'amputation par la méthode circulaire, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur.

Le blessé est évacué trois jours après sur Constantinople. Mais pendant la traversée la pourriture d'hôpital se déclare dans le moignon et détruit toutes les parties molles de la partie antérieure, en laissant à peu près intactes celles de la région postérieure. Le tibia et le péroné se trouvent complétement dénudés, et forment une saillie très-prononcée. Le travail d'élimination ne dura pas moins de cinq mois, et alors seulement on réséqua les bouts d'os nécrosés. La portion de tibia ainsi enlevée (nous l'avons sous les yeux) constitue une virole complète de 3 centimètres de longueur. Plusieurs esquilles se détachent consécutivement à cette résection, et enfin le travail de réparation commence, mais si difficilement, si lentement, qu'aujourd'hui même la

cicatrisation n'est point terminée. L'ulcération qui persiste, sans être large, est encore assez profonde ; les téguments voisins sont enflammés, adhérents et sensibles au toucher. Le moignon enfin, outre sa longueur relative, est irrégulier, par la perte de substance qu'il a subie, et n'offre qu'une cicatrice imparfaite, amincie et adhérente au tibia. Cet os est de plus déformé par un gonflement assez considérable occupant presque toute la place de l'espace interosseux. Le péroné est plus long que le tibia, et fait une saillie recouverte par une portion de cicatrice adhérente et incapable d'aucun glissement. Il suit de cette disposition que le seul point de cicatrice solide et souple correspond au centre des muscles du mollet, formant par leur excès de longueur un épais bourrelet.

Telles sont les principales circonstances de cette amputation, que je rapprocherais volontiers, ajoute M. Larrey, de l'amputation sus-malléolaire, quant au résultat ultérieur et à l'insuffisance des moyens prothétiques pour obtenir une cicatrisation prompte et régulière.

M. Giraldès fait remarquer que le premier malade ne saurait fournir un argument contre le procédé opératoire qui a été employé, puisque les accidents qui sont survenus tiennent uniquement à des circonstances étrangères à l'opération. Les chirurgiens anglais font souvent l'amputation au tiers moyen de la jambe, et sont satisfaits de leurs résultats.

M. Larrey répond qu'il ne s'est pas tant élevé contre les amputations à la partie moyenne que contre les amputations sus-malléolaires ; s'il blâme l'amputation au tiers moyen, c'est parce que cette région de la jambe ressemble à la partie inférieure.

M. Legouest informe la Société que les chirurgiens anglais, en Crimée, amputaient la jambe à toute hauteur. Il annonce qu'il a l'intention de communiquer des renseignements à ce sujet.

M. Larrey tient d'un chirurgien russe que dans la campagne de 1812, où la pourriture d'hôpital était très-fréquente, les Russes amputaient le plus bas possible pour se réserver la ressource de nouvelles amputations en cas de gangrène.

Gaz acide carbonique employé comme anesthésique. — M. Follin a employé les insufflations d'acide carbonique, déjà préconisées par M. Simpson, sur trois malades, dont deux étaient affectées de cancer de l'utérus et le troisième d'un cancroïde de l'oreille. Dans ces trois cas, la douleur a été supprimée. Le contact du gaz causait une légère

chaleur. A ce sujet, M. Follin rappelle l'action sédative du marc de raisin et de certaines eaux minérales riches en acide carbonique.

— Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORT.

M. Gosselin lit un rapport sur un travail du docteur Legendre, intitulé *De l'anus contre nature.* — Le vote des conclusions est renvoyé à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Résection du premier métatarsien. — M. Verneuil présente un pied sur lequel on avait pratiqué la résection de la tête du premier métatarsien, en conservant l'orteil, pour une altération de l'os causée par le voisinage d'un durillon. L'opération a réussi, et le résultat définitif est très-satisfaisant.

M. Lenoir a toujours vu, en pareil cas, l'orteil se dévier par suite de la rétraction de la cicatrice, et s'opposer à ce que le malade puisse porter des chaussures.

Ostéo-myélite du fémur. — M. Broca présente une pièce d'ostéomyélite provenant d'une femme amputée par M. Guérin, et qui a succombé à une affection tuberculeuse. Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, la plaie avait bien marché ; mais, plus tard, l'os s'était détaché des chairs et était devenu saillant. A l'autopsie, on trouva un bouchon osseux qui obturait complétement le canal médullaire ; il n'y avait aucune lésion qui se rapportât à l'infection purulente, on n'en avait constaté aucun symptôme pendant la vie, et pourtant la médullite est bien évidente. Elle n'a pu venir ni du contact de l'air, ni du contact du pus sur le tissu médullaire.

Uue autre particularité curieuse, c'est que, contrairement à ce qu'on observe généralement en pareil cas, le périoste est sain et adhérent à l'os.

— M. Larrey montre le dessin de la tumeur sanguine de la région crânienne dont il a parlé dans la dernière séance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Desormeaux.

Séance du 15 octobre 1856.

Présidence de M. Chassaignac

PRÉSENTATION DE MALADES.

Hémorrhagie à la suite d'une amputation de métatarsien. — M. Chassaignac présente un homme qui a eu une hémorrhagie à la suite de l'amputation d'un premier métatarsien avec l'orteil correspondant. Il fut impossible de trouver les vaisseaux qui donnaient le sang, même en faisant une large incision à la plante du pied. M. Chassaignac appliqua simultanément le perchlorure de fer et le tamponnement, et établit une compression sur les artères tibiales antérieure et postérieure. L'hémorrhagie s'arrêta pendant quatre jours, puis reparut le cinquième, et continua les jours suivants. Après s'être assuré que l'hémorrhagie cessait par la compression des deux artères tibiales, M. Chassaignac en fit la ligature.

Le tout allait bien, lorsque le quinzième jour une nouvelle hémorrhagie se déclara, non pas dans la plaie primitive, mais dans le point où la tibiale antérieure avait été liée. Une nouvelle ligature de la même artère fut pratiquée plus haut, le sang cessa de venir, et la guérison eut lieu.

M. Chassaignac montre l'appareil dont il s'est servi pour faire la compression. Il se compose de deux bandes roulées en globe que l'on applique, l'une sur l'artère, l'autre sur le point opposé, et que l'on maintient au moyen d'un tube de caoutchouc que l'on roule autour du membre. Ce nouveau compresseur des artères est d'une grande simplicité.

Jambes artificielles. — M. Broca présente plusieurs personnes qui ont subi l'amputation de la jambe à diverses hauteurs, et qui marchent au moyen de jambes articulées construites dans les ateliers de M. Charrière. Ce fabricant s'est naturellement ému en apprenant que quelques membres de la Société de chirurgie, dans une des dernières séances, avaient déclaré les couteliers incapables de construire convenablement les membres artificiels. M. Broca ayant eu l'occasion d'aller, il y a quelques jours, chez M. Charrière, s'est précisément trouvé en présence de M. Xavier, celui des chefs d'atelier qui dirige la fabrication des jambes articulées. Cet homme, qui a subi l'amputation de la jambe en 1842,

marche au moyen d'un membre artificiel avec une facilité, une agilité et une précision étonnantes. Il ne boite pas; il court, il saute, il donne un coup de pied comme avant l'amputation; il peut faire, en un jour, huit à dix lieues à pied.

Lorsque M. Charrière m'a invité à examiner cet amputé, continue M. Broca, il voulait seulement me prouver que les jambes articulées qui sortent de ses ateliers ne laissent rien à désirer. Mais j'ai voulu voir l'état du moignon. Quelle a été ma surprise en reconnaissant que l'amputation avait été faite, non pas au-dessus des malléoles, comme je m'y attendais, mais purement et simplement au lieu d'élection! La chose m'a paru assez neuve et assez importante pour mériter l'attention de la Société. On croit généralement que les individus qui ont subi l'amputation à la partie supérieure de la jambe ne peuvent conserver les mouvements de l'articulation fémoro-tibiale. Le petit segment de jambe, long de quatre à cinq travers de doigt seulement, paraît trop court pour transmettre efficacement l'action musculaire au membre artificiel. On se contente donc de fléchir ce segment à angle droit sur la cuisse, on le condamne à l'immobilité, et on fait marcher l'amputé sur le genou, en ne lui laissant d'autres mouvements que ceux de l'articulation coxo-fémorale.

Il serait superflu de faire ressortir l'importance de l'innovation que je viens de vous soumettre. La possibilité de conserver les mouvements volontaires du genou à la suite de l'amputation au lieu d'élection place les individus qui ont subi cette opération dans des conditions physiologiques aussi favorables que ceux à qui on a coupé la jambe au-dessus des malléoles.

L'appareil que M. Charrière a fait construire pour et par son chef d'atelier, prend, comme les jambes articulées ordinaires, un point d'appui sur l'ischion. Le moignon, étendu en ligne droite, est reçu dans une sorte de manchon rembourré dont le diamètre est inférieur à celui du renflement supérieur du tibia, de telle sorte que le poids du corps est supporté à la fois par l'ischion et par les condyles tibiaux. La cicatrice n'est point tiraillée, et les muscles, tant fléchisseurs qu'extenseurs, communiquent des mouvements volontaires au segment jambier du membre artificiel. En constatant ce résultat vraiment inattendu, j'ai manifesté à M. Charrière le désir de montrer cet amputé à la Société de chirurgie.

Par la même occasion, M. Charrière m'a prié de vous présenter trois autres amputés, dont l'un, comme M. Xavier, a subi l'amputation au lieu d'élection, tandis que les deux autres ont subi l'amputation

sus-malléolaire. Tous marchent avec des jambes articulées, et exécutent à volonté les mouvements de l'articulation du genou.

On introduit successivement les quatre amputés, savoir :

1° M. Xavier, chef d'atelier de M. Charrière;

2° Un capitaine qui, à la suite de la bataille de l'Alma, a subi à la fois la désarticulation du poignet et l'amputation de la jambe au lieu d'élection ;

3° Une femme qui a été amputée en 1848 au tiers inférieur de la jambe pour une tumeur blanche consécutive, dit-elle, à une entorse négligée. L'amputation a été faite par la méthode à un lambeau postérieur. Le moignon est fort beau ; il est tout à fait indolent à la pression ; depuis l'opération, il n'est devenu le siége d'aucun accident. Cette femme marche très-bien, sans claudication.

4° Un homme qui travaille dans les ateliers de M. Charrière, et qui a été amputé au-dessus des malléoles, par suite d'un coup de feu reçu en juin 1848. L'amputation a été pratiquée par M. Gosselin, qui pourra donner des détails sur ce malade. Le moignon s'est ulcéré à plusieurs reprises ; le tibia est hypertrophié; plusieurs séquestres ont été expulsés à de longs intervalles. Aujourd'hui le moignon est encore ulcéré, et le malade aurait besoin de garder le repos pendant quelque temps.

Ce résultat est évidemment incomplet.

5° Un cinquième amputé est présenté à la Société, muni du pied artificiel de M. de Beaufort, dont il se sert avec toute la facilité et la solidité désirables.

M. Larrey. « Les amputés qui viennent de nous être présentés se trouvent dans des conditions dignes de toute l'attention de la Société. car chacun des cas d'amputation de jambe me semble appuyer les opinions que j'ai soutenues dans la discussion.

» Laissons provisoirement de côté les autres amputations, pour mieux apprécier les résultats de trois des cas placés sous nos yeux.

» C'est d'abord une amputation de la jambe pratiquée au tiers supérieur ou dans le lieu d'élection par un chirurgien belge dont le nom m'échappe et qui offre le type le plus régulier des amputations de ce genre, par la solidité de la cicatrice et par la mobilité de l'articulation du genou, en même temps que le modèle le plus parfait des appareils de prothèse. Il est vrai que cet appareil a été fabriqué par un habile ouvrier pour lui-même, d'après le système d'un mécanicien étranger. Mais le résultat n'en est pas moins l'un des plus remarquables que l'on puisse voir, et le mieux fait pour garantir le choix et la sécurité de cette opération.

» C'est ensuite une amputation sus-malléolaire faite en 1848, il y a plus de huit ans aujourd'hui, et qui non-seulement n'est pas encore cicatrisée, mais nous montre une ulcération persistante du moignon, avec amincissement et rougeur de ses bords, en même temps qu'une tuméfaction de l'extrémité des os, manifestement atteints d'inflammation et menacés d'une nouvelle nécrose.

» Nous sommes cependant bien sûrs que l'amputation a été pratiquée selon les règles et par une main habile, puisqu'elle a été faite par M. Gosselin. Mais le fâcheux résultat qu'elle présente nous laisse craindre d'autres accidents ultérieurs, sinon une amputation secondaire du moignon.

» C'est enfin une amputation faite à peu près à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de la jambe, bien plus heureusement sans doute que la précédente, puisque la plaie se trouve cicatrisée. Mais le moignon, exposé à plusieurs des inconvénients que je reproche à l'amputation sus-malléolaire, pourra-t-il supporter indéfiniment l'application d'une jambe artificielle? Espérons-le, puisque l'opération a été pratiquée chez une femme, qui pourra peut-être éviter les fatigues de la marche ou d'une profession pénible. Cette amputation offre d'ailleurs toute garantie, puisqu'elle appartient, me dit-on, à M. Laugier.

» De l'appréciation de ces trois faits à part, il me serait permis de conclure une fois de plus en faveur de l'amputation au-dessous du genou, si je n'attendais de l'expérience de l'avenir la démonstration d'un principe que je crois vrai par l'expérience du passé.

» Quant à la présentation du pied artificiel désigné sous le nom de *pied Beaufort*, je rappellerai à la Société qu'il a déjà été soumis à son examen en 1853, et que j'avais eu l'honneur d'en faire un rapport à l'Académie de médecine (1).

» Ce moyen prothétique, aussi simple qu'ingénieusement conçu, s'adapte facilement à toutes les jambes de bois ordinaires, dont il dépasse à peine le prix de quelques francs, et il assure autant de force et de solidité dans la marche qu'aucun autre appareil, sans avoir les inconvénients du simple pilon, ni ceux des appareils articulés. Trente et quelques amputés de la jambe au lieu d'élection, appartenant presque tous aux Invalides ou aux hôpitaux militaires de Paris, et provenant, pour la plupart, de la campagne de Crimée, ont été pourvus, à ma connaissance, de ce pied artificiel. »

---

(1) *Rapport sur un pied artificiel de M. de Beaufort.* (*Bulletins de l'Académie de médecine*, t. XVII, p. 66.)

M. Giraldès trouve que les appareils que l'on vient de voir ne prouvent rien contre ce qu'il a dit. Il n'a jamais nié que l'on pût très-bien marcher avec un appareil parfait ; mais il demande à M. Larrey si les amputés de Crimée sont aussi satisfaits de leurs appareils que ceux qui viennent d'être présentés.

M. Gosselin a toujours de la tendance pour l'amputation sus-malléolaire, mais s'il l'a faite à l'homme qu'on vient de voir, quoiqu'il soit astreint à un travail fatigant, c'est parce que sa position de mécanicien chez M. Charrière lui permet d'entretenir convenablement son appareil. Les suites de cette opération n'ont pas été, du reste, très-heureuses sous les autres rapports. Le moignon présente fréquemment des ulcérations qui guérissent promptement par le repos, et plusieurs fois le malade a été forcé d'entrer à l'hôpital pour des inflammations aiguës et des abcès ayant leur cause dans l'état des os.

M. Broca n'avait pas l'intention de réveiller la discussion relative à l'amputation sus-malléolaire. Il se proposait seulement d'appeler l'attention de la Société sur la possibilité d'adapter un membre articulé, à mouvements volontaires, à la suite de l'amputation au lieu d'élection. S'il s'en rapportait à ce qu'il a vu, à ce qu'on lui a enseigné et à ce qu'il a lu, il dirait que cette chose est tout à fait nouvelle; il peut se tromper cependant, et prie ses collègues de dire s'ils ont connaissance de quelques faits de ce genre. Il s'adresse particulièrement à M. Larrey, qui est si souvent appelé par sa position à s'occuper des questions de prothèse.

M. Guersant a fait l'amputation au lieu d'élection à une femme, qui se sert très-bien d'une jambe de M. Martin.

M. Lenoir dit qu'il existe en Angleterre un artiste qui fait des membres artificiels pour ce cas spécial ; il cite le fait d'une personne amputée des deux jambes qui marche très-bien avec deux de ces appareils qui portent sur les ischions.

M. Larrey ne peut dire si, dans la majorité des cas, les amputés marchaient aussi bien que ceux dont il est question ; il a vu des moignons qui étaient bien mobiles, mais pas autant que celui qu'on vient de montrer à la Société.

M. Chassaignac ajoute aux faits précédents celui d'un Brésilien, amputé au lieu d'élection, et qui marche très-bien avec un appareil prothétique.

M. Broca. « Je suis très-heureux de voir que les deux faits que j'ai présentés à la Société ne sont pas uniques dans leur genre. Si ces faits étaient seuls, on pourrait se demander si le succes ne dépend pas

d'un hasard favorable. Mais les quelques observations inédites que viennent de citer MM. Guersant, Lenoir et Larrey prouvent qu'il est permis de compter sur la réussite de ce nouveau moyen de prothèse; je dis *nouveau*, parce qu'il est inédit, et inconnu jusqu'ici à la plupart des chirurgiens. L'importance en est assez grande, je pense, pour que nous devions à l'avenir nous occuper d'en faire profiter nos malades. Au lieu de tenir le moignon dans la flexion et dans une immobilité complète et prolongée pendant la durée du traitement, comme on le fait généralement lorsqu'on se propose de faire marcher les amputés sur le genou, il faudra l'étendre et lui imprimer prudemment quelques mouvements, à partir d'une certaine époque, pour s'opposer à la roideur articulaire. Ce n'est donc pas une pure question de prothèse; c'est aussi une question de chirurgie proprement dite que je me félicite d'avoir soulevée devant la Société. »

— M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. DROUINEAU (de la Rochelle) et COSTE (de Marseille), membres correspondants de la Société, assistent à la séance.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. LABORIE, à propos des hémorrhagies de la main, rappelle un fait arrivé à Blandin. Ce chirurgien, pour une hémorrhagie des artères de la main, lia les artères radiale et cubitale; l'hémorrhagie continuant, il lia l'interosseuse; puis, le sang ne s'arrêtant toujours pas, il fit la ligature de l'humérale, et finit par amputer le bras. Le malade succomba.

CORRESPONDANCE.

M. BÉRAUD adresse les deux observations suivantes :

Des suites de l'extirpation du premier métatarsien avec conservation du gros orteil. — « La présentation faite par M. Verneuil dans la dernière séance m'a rappelé deux faits que j'ai observés dans le service du professeur Blandin pendant mon internat. Comme je pense que ces deux observations peuvent éclairer la question de savoir s'il vaut mieux amputer l'orteil ou le laisser, j'ai cru devoir en faire la communication à la Société de chirurgie.

» OBS. I. — Au nº 44 de la salle Saint-Paul, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Blandin, se trouve le nommé Zéphir Léonard, âgé de vingt-deux ans, exerçant la profession de tisserand. Il est entré à l'hôpital le 1er octobre 1848.

» Cet homme est faible, maigre, d'une taille moyenne et d'un tem-

pérament lymphatique. Il est atteint depuis deux ans d'une maladie du pied gauche.

» Au moment de l'entrée de ce malade, Blandin constata une tuméfaction considérable à la partie interne de ce pied, et un pertuis fistuleux au niveau du premier métatarsien. Un stylet introduit dans ce pertuis arrive jusque sur l'os, qui est dénudé et carié.

» Le 6 novembre 1848, Blandin pratiqua l'extirpation du premier métatarsien du pied gauche en conservant le gros orteil. Il fit une incision en T, dont les branches étaient vers la tête de ce métatarsien.

» Les suites de cette opération furent assez graves. Il y eut d'abord une fusée purulente sur la face dorsale du pied. Elle fut traitée par une incision assez large. Quelque temps après, il est survenu un commencement d'érysipèle, dont la marche fut arrêtée par quatre applications successives de 20 sangsues dans le pli de l'aine gauche. La plaie finit par guérir, et le malade sortait le 12 mars de l'hôpital dans l'état suivant :

»Nous avons constaté, avec M. Broca, que le gros orteil était enfoncé dans le pied d'environ 4 centimètres; son extrémité libre, au lieu de dépasser celle du deuxième orteil, se trouve au-dessous d'elle à une distance de 2 centimètres et demi.

» La direction de cet orteil *n'est pas changée* par rapport au côté interne du pied, c'est-à-dire qu'il ne forme pas de saillie en dedans. Mais si on considère l'axe du pied, on voit une légère obliquité de dedans en dehors et d'avant en arrière, de sorte que l'extrémité postérieure de la première phalange du pouce vient s'appuyer sur la face interne du deuxième métatarsien.

» Ce qu'il y a de remarquable, c'est que tous les mouvements du *gros orteil sont conservés*. Ainsi, pendant l'état normal, le gros orteil exécute des mouvements de flexion, d'extension, d'adduction et de circumduction; nous constatons que ces mouvements ne sont pas abolis. Le malade fléchit et étend, porte en dedans et en dehors son orteil sans aucune difficulté. Le malade s'est déjà *exercé à la marche*, il n'a éprouvé aucune douleur, sa chaussure ne le gène point, et il peut reprendre ses travaux.

» Obs. II. — Le 7 mars, il est venu à la visite de Blandin un homme opéré par lui il y a environ deux ans.

» Cet homme, âgé de vingt-deux à vingt-trois ans, exerçant la profession de tonnelier, est fort, vigoureux et d'une bonne constitution. Un corps très-lourd tombant sur son pied lui avait occasionné une contusion violente dans cette partie. Cependant il continua à marcher et à se livrer

aux occupations ordinaires de sa profession ; mais bientôt des accidents survinrent, et il fut obligé de venir à l'hôpital. Il séjourna six semaines dans le service de Blandin sans éprouver d'amélioration.

» C'est après avoir constaté l'insuffisance des moyens médicaux, et après avoir bien reconnu une altération profonde du premier métatarsien, que Blandin résolut de faire l'extirpation de cet os, tout en conservant le pouce. L'os fut enlevé tout entier par une incision en T; les tendons furent respectés, ainsi que les os sésamoïdes.

» Au bout de trois semaines, le malade pouvait sortir de l'hôpital complétement guéri.

» Aujourd'hui nous constatons l'état suivant :

» Il existe au côté interne du pied une cicatrice qui rappelle l'incision faite pour l'opération. A ce niveau existe une excavation assez profonde. Le malade peut faire exécuter au gros orteil du pied gauche des mouvements de flexion et d'extension sans gène ni douleur. Cet orteil n'est pas dévié en dedans, c'est-à-dire qu'il ne fait pas une saillie au delà du plan qui suivrait le côté interne du pied ; mais si on considère sa direction par rapport à l'axe du membre, on constate qu'il offre une légère obliquité de dedans en dehors et d'avant en arrière, de sorte que son extrémité postérieure vient arc-bouter contre la face interne du deuxième métatarsien. Comparé avec celui du côté opposé, le gros orteil s'enfonce dans le pied en arrière d'une manière très-prononcée ; il offre un raccourcissement de 2 centimètres, c'est-à-dire qu'au lieu de dépasser le second orteil d'un centimètre environ, il en est dépassé par lui de la même longueur.

» L'opéré se livre aujourd'hui à tous ses travaux de tonnelier avec la même facilité que s'il n'avait pas subi d'opération; il ne ressent jamais de douleur dans son pied, et sa chaussure ne le gêne pas.

» Blandin, qui avait préconisé cette opération et qui la pratiquait souvent, nous fit remarquer, avec beaucoup de soin, le résultat très-satisfaisant de sa manière de faire, et il nous engagea vivement à l'imiter toutes les fois que le gros orteil n'offrirait aucune altération. »

CORRESPONDANCE.

— M. Charrière adresse une note sur les modifications que la jambe artificielle de Mille a subies depuis 1835, époque à laquelle elle fut présentée à l'Académie. Cette note comprend la description du mécanisme de l'appareil.

Cette lettre sera adressée à M. Debout, qui est chargé de faire un rapport sur ce sujet.

— M. Roux (de Brignolles), professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Marseille, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant; à l'appui de sa candidature, il adresse :

Une observation sur des tumeurs sébacées ;

Un mémoire sur les kystes séreux du cou ;

Une lettre adressée à M. Jobert sur une nouvelle méthode d'autoplastie ;

Enfin, une note des divers travaux qu'il a publiés et deux nouveaux modèles d'instruments.

Commission : MM. Huguier, Morel-Lavallée, Richard.

— M. le docteur Bernard Brodhurts, chirurgien adjoint à l'hôpital orthopédique de Londres, fait hommage de l'ouvrage suivant : *On the nature and treatment of club-foot and analogous distortions involing the tibio-tarsal articulation.*

RAPPORTS.

M. Gosselin fait connaître les conclusions du rapport qu'il a lu dans la dernière séance.

Ces conclusions sont :

1° D'adresser des remerciments à M. le docteur Legendre ;

2° De renvoyer son travail au comité de rédaction. — Adopté.

La Société renvoie également le rapport de M. Gosselin au comité de rédaction.

— M. Forget lit un rapport sur deux observations de M. Mayor fils (de Genève), l'une sur un *kyste multiloculaire développé dans la moitié gauche de la mâchoire inférieure*, l'autre sur un *goître opéré avec succès.*

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Larrey présente la tumeur qui a été enlevée sur la malade de Compiègne qui a été examinée dans la dernière séance. Cette tumeur était adhérente aux gaînes des péroniers latéraux, qu'il a fallu ouvrir pour l'enlever. Les tendons étaient sains, ainsi que la face interne des gaînes.

L'examen microscopique de la tumeur, fait par M. Verneuil, a démontré qu'elle était formée de tissu graisseux dans une trame fibreuse abondante, ce qui ne doit pas empêcher de la ranger dans la classe des

lipômes, car ce qu'elle présente de caractéristique c'est le tissu graisseux. On sait, du reste, qu'il existe une gradation insensible entre les tumeurs fibreuses et les lipômes.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Erratum. — Le dernier procès-verbal indique un fait de ligature de l'artère humérale pratiquée par M. Larrey *pour une hémorrhagie grave de la paume de la main.* Il y a là une erreur de rédaction. Il s'agissait d'un anévrysme diffus de l'artère humérale elle-même résultant d'une plaie produite par un morceau de verre.

Séance du 22 octobre 1856.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la lettre suivante, adressée par M. le docteur Hutin, chirurgien en chef des Invalides.

« Paris, le 22 octobre 1856.

» Monsieur le président,

» La question qui s'agite en ce moment au sein de la Société de chirurgie relativement à l'amputation sus-malléolaire est de la plus haute importance pour les médecins militaires; aussi chacun de nous la suit-il avec un vif intérêt. De nombreux exemples de guérison, recueillis en France et à l'étranger, ont rajeuni cette vieille méthode; et s'il est vrai qu'elle expose les malades à des dangers comparativement moindres, il n'est pas surprenant de voir les meilleurs esprits se ranger de son côté. Mais le nombre de ses adhérents diminuerait peut-être si chaque praticien publiait ses revers en même temps que ses succès.

» En attendant que, de part et d'autre, on fasse une confession qui permettrait d'établir une utile statistique, convaincu que :

En toute chose il faut considérer la fin,

permettez-moi de vous donner ici quelques renseignements qui peuvent avoir leur degré d'utilité.

» Depuis onze ans que je dirige le service chirurgical de l'hôtel des Invalides, j'ai vu plus de deux cents militaires amputés d'une ou des

deux jambes. La plupart ont été amputés au lieu d'élection ou au-dessus ; mais il en existe aussi un certain nombre chez lesquels l'opération a été pratiquée dans le tiers inférieur. Je n'ai pas encore vu un seul des premiers, c'est-à-dire de ceux dont la mutilation remonte au lieu d'élection ou au-dessus, avoir une rupture ou une ulcération spontanées de la cicatrice ; tandis que ces lésions secondaires sont très-fréquentes chez ceux qui ont été amputés en un point rapproché du pied. Plusieurs même ont presque toujours une plaie suppurante, et il est triste de les entendre établir une juste comparaison entre leur fâcheux état et celui de leurs camarades plus heureux, et se plaindre de la mauvaise pensée qui les a fait amputer aussi bas.

» La disposition fusiforme de leurs moignons, la présence d'une ulcération en quelque sorte permanente, les inconvénients inhérents à la construction d'appareils prothétiques spéciaux leur font rejeter l'usage de ceux-ci, auxquels ils préfèrent la simple fourche à pilon ordinaire. Ne marchant donc qu'à l'aide de ce dernier appareil, ils trouvent fort pénible d'avoir derrière eux un long moignon qui se balance et va frapper les corps environnants, ou qu'irrite le frottement des basques de leurs habits ou des pans de leurs longues capotes militaires. Lorsqu'ils veulent s'asseoir, comme ils sont contraints d'allonger leur membre artificiel inflexible, l'extrémité de leur jambe, qui devient perpendiculaire au sol, le heurte avec plus ou moins de violence. Pendant l'hiver, ces bouts de jambes tronquées, dans lesquels la circulation se fait mal, deviennent froids, violacés, tendus et douloureux. Les ulcérations d'une cicatrice si frêle, qui n'est soutenue ou protégée par aucun matelas charnu, ont une grande facilité à se manifester, et sont d'une longueur désolante à se fermer. Tout se réunit pour devenir chez ces hommes la cause malheureusement légitime d'un concert presque unanime de récriminations sur le passé.

» M. Verneuil a posé un véritable axiome, qu'il n'est permis à personne d'oublier, quand il a dit : *Toutes les fois qu'on pratique une opération, il faut s'attacher à la rendre radicale, pour éviter de recommencer plus tard ou au moins de ne rien retirer de la mutilation.* Voici à ce sujet un autre renseignement qui n'est pas sans valeur. Depuis 1845, il est entré à l'hôtel cinq hommes amputés dans les malléoles ou au-dessus. Quatre ont subi l'opération à la suite d'accidents dus à des entorses, et un à la suite d'un coup de feu dans le métatarse. De ces cinq invalides, un marche très-bien à l'aide d'une bottine mécanique, et cependant il m'a manifesté le regret de n'être pas amputé sous le genou, en raison de la gêne que lui cause l'appareil proth-

tique. Un autre est entré deux fois à l'infirmerie, en me priant de le débarrasser de son long moignon, souvent ulcéré. Je me suis refusé à cette opération de complaisance. Quant aux trois autres, j'ai dû les amputer sous le genou, de l'avis même des chirurgiens qui avaient fait la première amputation; la carie s'était emparée de leurs moignons. Ils sont guéris depuis plusieurs années.

» A coup sûr, ces résultats ne sont pas encourageants; et pour peu que l'avenir nous réserve quelques autres amputations du même genre, je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de chirurgiens qui persistent dans une voie dans laquelle néanmoins on rencontre tant de praticiens éminents.

» Agréez, etc.

HUTIN,
» médecin en chef des Invalides. »

M. VERNEUIL fait observer qu'il ne faut pas tenir compte de l'opinion des malades. Parmi ceux qui se plaignent d'avoir été amputés trop bas, il en est beaucoup qui seraient morts si on les eût amputés au lieu d'élection, et ceux qui, une fois hors de danger, blâment le plus le chirurgien qui les a amputés, auraient sans aucun doute, au moment de l'opération, choisi la méthode qui exposait le moins leur existence.

M. MICHON répond aux remarques de M. Hutin sur l'amputation sus-malléolaire. M. Hutin reproche à cette opération des accidents arrivés à des malades qui se servaient d'une simple jambe de bois, au lieu de tenir compte des moyens prothétiques employés. Du reste, un simple relevé de l'état des amputés ne peut servir à juger les résultats de la méthode. Pour porter un jugement, il faudrait tenir compte de toutes les conditions de l'opération; il faudrait savoir d'abord quelle maladie l'a motivée; car si c'est une tumeur blanche do l'articulation tibio-tarsienne, la carie du bout du tibia peut prouver seulement qu'on a amputé trop bas. Il faudrait savoir encore quels sont les accidents consécutifs qui ont pu arriver; car il en est qui ne détruisent pas le bénéfice de l'opération. Ainsi, l'atrophie du moignon n'ôte aucun des avantages de l'amputation sus-malléolaire, car elle a pour but de conserver la mobilité du genou, qui doit donner le mouvement au membre artificiel, et le genou n'en est pas moins mobile parce que le moignon est plus grêle. Enfin, il faudrait tenir compte du procédé employé; si la cicatrice est à l'extrémité du moignon, si elle est tiraillée par la contraction musculaire, elle est très-exposée à se déchirer. Il n'en est pas de même lorsqu'on a bien tapissé l'extrémité des os au moyen d'un bon lambeau. M. Hutin dit que les amputations qui figurent dans son

relevé ont été faites plus ou moins près du pied; mais alors elles n'ont pas été toutes faites dans le point d'élection pour l'amputation sus-malléolaire, et celles que l'on fait plus haut ne valent rien, parce que les tiraillements de la cicatrice par les muscles y sont inévitables. En résumé, le travail de M. Hutin doit tendre à restreindre l'emploi de la méthode sus-malléolaire, mais non pas à la supprimer de la pratique chirurgicale.

M. Monod approuve les observations de M. Michon, auxquelles il ajoute la considération de la position sociale des amputés.

M. Larrey, qui a engagé M. Hutin à écrire sa lettre, ne combat pas les arguments de M. Michon, mais il fait observer que les conditions qu'il demande ne pouvaient être appréciées par M. Hutin. Il insiste sur les accidents causés par la contraction musculaire, accidents qui ne peuvent être appréciés que dans un établissement comme les Invalides, où l'on reçoit un grand nombre d'amputés.

En terminant, M. Larrey signale l'utilité qu'il y aurait à ce que les chirurgiens qui ont pratiqué, comme M. Huguier, un grand nombre d'amputations sus-malléolaires, recherchassent leurs opérés pour constater les résultats définitifs de l'opération.

M. Giraldès regrette que M. Hutin n'ait pas dit sur quel point du membre portaient les appareils prothétiques; car lorsqu'il y a une pression sur l'extrémité du moignon, les accidents qui en résultent sont dus à l'appareil et non pas à la méthode.

Quant à ce qu'a dit M. Monod de la position sociale des malades, il répond que pour supprimer les accidents qui peuvent en provenir, il suffit de leur procurer des appareils qui fonctionnent bien, et l'on en fabrique aujourd'hui à peu de frais.

M. Richard désirerait savoir, pour apprécier les inconvénients que l'on attribue à la méthode sus-malléolaire, combien on a fait de réamputations.

M. Demarquay reconnaît toute l'importance de la lettre de M. Hutin, qui établit deux faits : 1° La difficulté de marcher avec le pilon après l'amputation sus-malléolaire: ce fait est connu de tous les chirurgiens; 2° ce qui est plus grave, c'est que les invalides qui ont subi cette amputation sont sujets à des plaies du moignon. M. Demarquay fait observer, en passant, que, si les amputés ne se servent pas de membre artificiel, on ne peut imputer cet accident aux moyens prothétiques. Il ajoute que les militaires amputés au bas de la jambe ne sont pas les seuls dont les moignons présentent des excoriations; il y en a

qui éprouvent le même accident après l'amputation au lieu d'élection. Il en existe en ce moment un exemple dans le service de M. Monod sur un officier amputé en Crimée au lieu d'élection. Pour que la statistique de M. Hutin fût vraiment concluante, il faudrait qu'elle comprît tous les militaires amputés au-dessus des malléoles, et elle ne porte que sur les invalides, c'est-à-dire les impotents. M. Martin, qui a fourni un grand nombre d'appareils, n'a pas observé d'accidents de ce genre.

M. Michon déclare qu'en parlant des erreurs de diagnostic, il n'a pas entendu en faire un reproche aux autres chirurgiens. La plupart de ses objections sont tirées de sa propre pratique, et il a fait des amputations sus-malléolaires qu'il n'aurait pas faites dans ce point avec un meilleur diagnostic.

M. Larrey pense qu'on ne peut connaître les conséquences de l'amputation sus-malléolaire dans la pratique ordinaire, la plupart des amputés échappant à l'observation après la guérison. Dans ce que vient de dire M. Michon des amputations qu'il a pratiquées à tort au-dessus des malléoles, il voit un reproche grave à faire à la méthode qui peut, en pareil cas, entraîner la nécessité d'une seconde amputation.

M. Verneuil désirerait savoir ce que sont devenus les malades à qui M. Michon dit avoir fait à tort l'amputation sus-malléolaire.

M. Michon répond que l'un d'eux se sert habituellement du pilon. Jamais il n'a fait de réamputations.

M. Chassaignac, résumant la discussion, déclare qu'il n'est pas ébranlé dans sa conviction, que l'amputation sus-malléolaire doit être pratiquée toutes les fois qu'elle est indiquée ; que voyant les succès de cette méthode, il ne s'inquiète pas des raisons contraires tirées de la position sociale des opérés ; car, avant tout, on doit songer à conserver la vie des malades. Aux cas dans lesquels on ne doit pas la faire, il ajoute les plaies par arrachement du pied, parce que, bien que la peau paraisse saine auprès de la plaie, elle a été distendue fortement, et risque de se gangrener après l'amputation et d'amener la destruction des lambeaux.

RAPPORT.

Sur les conclusions de M. Forget, la Société accorde le titre de membre correspondant à M. Mayor fils (de Genève). Elle décide en outre que le rapport de M. Forget sera publié au *Bulletin*, et que le travail de M. Mayor sera déposé aux archives.

Rapport sur un cas de kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure, et un cas de goître opéré avec succès.

Par M. Mayor fils (de Genève).

M. Forget, rapporteur. Vous avez confié à une commission composée de MM. Huguier, Maisonneuve et moi, l'examen de deux observations de M. Mayor fils (de Genève), dont l'une a trait à une tumeur de la moitié gauche de l'os maxillaire inférieur, l'autre à un goître opéré par excision combinée avec la ligature : c'est de ces deux observations que j'ai aujourd'hui à vous rendre compte.

Kyste multiloculaire de l'os maxillaire inférieur. — Un homme, âgé de quarante-deux ans, se fit arracher en 1838 deux dents molaires inférieures du côté gauche; l'une d'elles fut cassée dans l'opération; ses racines restèrent dans l'alvéole. Neuf ans plus tard, en août 1847, une petite grosseur se développa au niveau de l'alvéole de la dent cassée; elle s'accompagna de douleurs très-vives. A plusieurs reprises, le gonflement étant devenu considérable, on y pratiqua des incisions, suivies d'un écoulement très-abondant, sans qu'il en soit résulté aucun soulagement pour le malade ni aucune diminution de la tumeur, qui fit au contraire de rapides progrès.

Envoyé alors, en consultation, à Lyon, le malade en revint comme il y était allé; il prétend qu'on lui a dit que son mal était trop avancé pour qu'on pût l'opérer.

Les choses en étaient là lorsque le sieur Gardien (c'est le nom du patient) consulta MM. Mayor père et fils : son état, dit l'observation, était pitoyable; les douleurs incessantes qui s'irradiaient dans le cou et derrière la tête privaient le malade de tout sommeil; il éprouvait un bruit continuel et insupportable dans les oreilles.

Le développement de la tumeur aux dépens des tables interne et externe de l'os maxillaire était considérable, aussi bien du côté de la bouche qu'extérieurement; la langue refoulée sur l'isthme du gosier, la compression exercée par la tumeur au voisinage du larynx s'opposaient à la mastication, qui n'était plus possible, et donnaient lieu à des accès de suffocation. L'ingestion de quelques aliments liquides était le seul mode d'alimentation praticable : aussi le malade avait-il beaucoup maigri.

L'exploration de la surface de la tumeur produisit sous le doigt la sensation particulière de crépitation que Dupuytren, le premier, donna comme étant caractéristique des kystes osseux. Quant aux tissus voi-

sins de la maladie, qui paraît tout à fait localisée dans l'épaisseur de l'os, ils sont dans un état parfait d'intégrité; il n'existe aucun engorgement ganglionnaire circonvoisin, ni aucune ulcération sur la tumeur ou dans son voisinage.

En présence de l'historique qui précède et des caractères actuels de la maladie soumise à leur examen, MM. Mayor ne se prononcèrent pas d'une manière absolue sur le diagnostic de la lésion à laquelle ils avaient affaire.

« Sans les douleurs incessantes qu'accusait le malade, nous n'aurions » eu, disent-ils, aucun doute sur la nature du mal; ces douleurs, ayant » existé presque dès l'origine, devaient nous faire craindre que la ma- » ladie ne fût plus grave dans son essence que ne le sont d'ordinaire » les kystes des os. »

Cette remarque des auteurs est d'accord avec ce qu'enseigne l'observation de faits identiques.

En effet, les recherches auxquelles je me suis livré sur un grand nombre de pièces d'anatomie pathologique provenant de résections et amputations de la mâchoire inférieure m'ont appris, d'accord avec les données de l'observation clinique, que les produits enkystés dans l'os maxillaire déterminent généralement peu de douleur, tandis que le cancer qui s'attaque au tissu osseux lui-même s'accompagne d'une douleur presque incessante et d'une extrême acuité dès le début de la maladie.

Le siége qu'affecte celle-ci à son origine rend raison de cette différence symptomatique dans l'un et l'autre cas. Ainsi, tandis que le cancer semble prendre naissance dans le canal dentaire lui-même, les tumeurs enkystées se placent à leur début en dehors de ce conduit, qui ne subit un changement de forme et de situation qu'à une époque déjà avancée de leur évolution, et lorsque le corps de l'os a acquis un développement périphérique considérable.

Il résulte de là que dans les premières phases de la maladie le nerf maxillaire est protégé par sa position, et est mis ainsi à l'abri de toute atteinte de nature à exciter sa sensibilité.

La douleur, qui est un trait caractéristique et constant dans le cancer, ne s'observe que tardivement lorsqu'il s'agit d'une tumeur enkystée indépendante du tissu osseux; et, pour qu'elle se produise, il faut qu'une communication directe se soit établie entre le canal dentaire et l'intérieur du kyste; encore est-il nécessaire que le produit enkysté soit dur, résistant, de nature, en un mot, à devenir par son accroissement ultérieur un agent de compression douloureuse pour l'appareil

nervoso-vasculaire avec lequel il se trouve en rapport direct. Si, au point de vue de la douleur considérée comme élément de diagnostic, la tumeur dont était atteint le malade de M. Mayor semblait se rattacher à un ordre de produits morbides de nature maligne, il faut convenir que d'autres symptômes, par une heureuse compensation, étaient de nature à l'en écarter. — Ainsi la crépitation, ce signe dont tous les observateurs depuis Dupuytren ont consacré l'importance clinique dans l'étude des tumeurs enkystées des os, existait au plus haut degré, et, en outre, les ganglions lymphatiques sous-maxillaires étaient dans un état d'intégrité parfaite, ce qui probablement n'eût pas eu lieu s'il se fût agi d'une tumeur cancéreuse qui eût acquis un aussi grand développement. — Or, il nous semble que c'étaient là deux circonstances bien faites, sinon pour dissiper complétement les appréhensions du chirurgien, au moins pour en atténuer les conséquences sous le rapport du parti qui lui restait à prendre. Ainsi l'ont compris nos deux confrères de Genève, qui, en présence d'ailleurs du danger imminent résultant de la compression du larynx, se décidèrent à tenter l'opération, quoiqu'ils ne fussent pas, disent-ils, parfaitement éclairés sur la nature de la maladie. — Cette opération, que l'auteur a peut-être eu le tort de ne pas décrire dans son observation, consiste à désarticuler la moitié gauche de la mâchoire inférieure. Elle fut faite dans le courant de septembre 1848 ; elle fut suivie d'un plein succès. A la fin de février 1849 le malade retournait guéri dans son pays.

Au résultat immédiat de l'opération, M. Mayor a ajouté des renseignements qui constatent que les suites ultérieures de celle-ci ne laissèrent rien à désirer En 1852, quatre ans après l'opération, la solidité de la guérison était confirmée.

Anatomie pathologique. — Kyste multiloculaire. — Or ce résultat n'a rien qui puisse surprendre quand on considère la pièce anatomique que M. Mayor vous a adressée et la description qu'il en donne. Celle-ci nous apprend en effet qu'il s'agissait d'un de ces kystes multiloculaires offrant une série de loges nombreuses tapissées par une membrane ayant toute l'apparence, dit l'auteur, de la muqueuse du sinus maxillaire, et remplies d'un liquide filant, visqueux, jaune-rougeâtre. Ces loges, rapprochées l'une de l'autre et cloisonnées par des parois ostéo-fibreuses, constituaient presque entièrement la tumeur.

Cette pièce anatomique, pour l'ensemble comme pour les détails, m'a paru conforme à la description que j'ai donnée de ces kystes multiples, dès 1842, dans ma thèse inaugurale, et dont M. le professeur Nélaton

confirmait l'exactitude par le dessin qu'il donna plus tard, dans son *Traité de pathologie externe*, d'une tumeur semblable occupant le fémur.

La seconde observation confiée à l'examen de votre commission se rapporte à un cas de *goître développé aux dépens de la moitié droite de la glande thyroïde, et dont l'ablation a été pratiquée par M. Mayor fils.*

Observation. — Ce goître existe sur une jeune fille âgée de dix-neuf ans. Depuis l'âge de huit ans, le mal n'a pas cessé de croître malgré tous les traitements mis en usage. Honteuse de sa difformité, la malade désire vivement en être débarrassée, et c'est sur ses instances réitérées que M. Mayor se décide à l'opérer.

Au moment de l'opération, la tumeur, de forme globuleuse, occupe la partie droite du cou. Elle a le volume d'une tête d'enfant nouveau-né; elle pend sur la poitrine; sa base apparente s'étend de la région sous-maxillaire à la clavicule. En explorant cette base avec les doigts, on reconnaît que le pédicule réel est assez étroit et est formé par l'isthme de la glande thyroïde. Des veines volumineuses se dessinent à la surface de la tumeur, et l'on sent sur divers points des battements d'assez grosses artères. La peau qui la recouvre est souple, détachée, mobile, et présente des éraillures semblables à celles de la peau du ventre d'une femme enceinte. Ce goître, qui n'offre aucune trace de fluctuation, qui n'est le siége d'aucune douleur, est très-incommode par son poids; il a fait prendre à la tête une position inclinée sur la poitrine. La voix est voilée, et depuis que l'on a cessé tout traitement, la tumeur a fait de notables progrès.

La première question qui se présente à la pensée du chirurgien en présence d'une semblable tumeur, et que l'auteur de l'observation n'a sans doute pas omis de se poser à lui-même, est relative à l'opportunité de l'opération. — La gravité de celle-ci, ses difficultés d'exécution, les dangers multiples qu'elle fait courir à la patiente et ses conséquences, que les observations inscrites dans les annales de l'art nous présentent comme ayant été si souvent funestes, sont autant de raisons de se conduire avec la plus grande prudence, et de ne se déterminer à agir activement que dans le cas où la maladie, par les troubles fonctionnels qu'elle détermine, expose à un danger tout autant redoutable que peuvent l'être les chances de l'opération elle-même.

Or, dans le cas dont nous nous occupons, telle n'était pas, il faut bien le reconnaître, la situation de la malade, puisque, sauf l'incommodité causée par la tumeur, et l'inclinaison de la tête entraînée par son poids, attitude vicieuse à laquelle il devait être facile de remédier,

nous ne trouvons d'autre lésion fonctionnelle qu'une légère altération du timbre de la voix.

Mais si la grave opération dont nous aurons bientôt à vous rendre compte n'était pas impérieusement prescrite par la nature des accidents que la maladie déterminait actuellement, d'autre part l'expectation, en présence de l'accroissement incessant et rapide de la tumeur, avait bien aussi ses inconvénients ; par elle on s'exposait presque à coup sûr à voir grandir les difficultés de l'acte chirurgical, et se multiplier pour la malade les chances probables d'insuccès, en supposant toutefois que celui-ci ne fût pas devenu impraticable.

C'est sans doute cette considération, déduite de l'accroissement de la tumeur, en rapport avec l'âge de la malade, avec l'insuffisance du flux menstruel, et aussi avec la vascularité très-abondante et très-appréciable de la production pathologique elle-même, qui décida M. Mayor à en pratiquer l'ablation. Assisté de M. Mayor père, qui quelques années auparavant avait opéré avec succès un jeune homme dans les mêmes conditions, et de MM. les docteurs Roche, Marin, Baylon et Sylvestre, M. Mayor fils pratiqua le 17 juillet cette opération, dont nous le laisserons lui-même donner ici la description. « Soulevant la peau, comme pour une opération de hernie, je circonscrivis, au moyen de deux incisions, un lambeau en forme d'ellipse étendu de dessous la mâchoire à la tête de la clavicule. L'aponévrose cervicale superficielle et les muscles sterno-thyroïdien et hyoïdien furent ensuite incisés sur la sonde cannelée.

» Grâce à cette précaution, qui avait pour but de ne blesser dans la première incision aucun des vaisseaux rampants à la surface de la tumeur, la dissection des faces antérieure et latérale de celle-ci se fit aisément avec les doigts seulement.

» J'isolai ensuite successivement les artères et les veines thyroïdiennes supérieures et inférieures du côté droit, près de leur entrée dans la glande hypertrophiée ; je liai chacun de ces vaisseaux séparément en deux points pour opérer leur section entre deux ligatures. Les artères thyroïdiennes avaient acquis le volume d'une petite plume d'oie, et les veines avaient celui du petit doigt environ.

» La dissection fut ensuite continuée en arrière pour arriver sur le pédicule avec beaucoup de précaution, et en ayant soin de lier chacun des vaisseaux secondaires, dont une douzaine furent liés successivement. »

On peut voir par la description qui précède que M. Mayor, dans cette première partie de l'opération, suivit le procédé simple de l'extir-

pation; celui préconisé par M. Hédénus qui, en 1822, dit M. Velpeau, avait par devers lui six exemples de réussite.

Arrivé sur le pédicule de la tumeur, qui ne paraissait plus tenir que par l'isthme de la glande, M. Mayor modifia le procédé en le combinant avec celui de son honorable homonyme, Mayor, de Lausanne. Il traversa le pédicule avec une aiguille armée de deux fils doubles, se proposant de le séparer en deux pédicules secondaires; mais une hémorrhagie assez abondante qui se produisit par la voie ouverte par l'aiguille le força de renoncer à ce projet et d'étreindre le pédicule tout entier par une forte ligature placée plus en arrière, à ras de la trachée-artère. Cette ligature fut serrée au moyen du chapelet de Mayor, de Lausanne. La tumeur fut recouverte d'un linge mouillé et soutenue par une serviette, dont les extrémités furent fixées sur le sommet de la tête; son poids, par suite de son dégagement, étant devenu très-incommode pendant les mouvements de déglutition.

Cette gêne de la déglutition fut très-prononcée pendant les deux premiers jours qui suivirent l'opération.

Deux fois, ayant voulu s'asseoir, la malade fut prise de lipothymie; un suintement sanguin très-abondant et continu se fit à la surface de la tumeur, et ne cessa que lorsque la ligature, graduellement serrée, eut interrompu complétement le cours du sang par l'isthme de la tyhoïde.

Pendant quarante-huit heures la tumeur resta tendue, turgescente, quoique froide et bleuâtre. Déjà elle commençait à se flétrir, et vingt-quatre heures plus tard, c'est-à-dire à la fin du troisième jour après l'opération, M. Mayor put en opérer avec sécurité la section un peu audevant de la ligature.

A partir du moment où la tumeur fut enlevée, la malade éprouva un grand soulagement: la détersion de la plaie et sa cicatrisation, nonobstant la formation de deux petits abcès sur ses bords, marchèrent avec rapidité.

Le 28 août, cinq semaines environ après l'opération, la jeune fille retourna chez elle, n'ayant plus au cou qu'une petite plaie de quelques lignes de longueur, dont la guérison ne tarda pas à s'effectuer.

En soumettant à la Société de chirurgie cette intéressante observation, qui viendra heureusement s'ajouter au nombre fort restreint de faits analogues qui ont été suivis de guérison, M. Mayor a prouvé qu'il pouvait s'attaquer avec succès aux cas les plus ardus et les plus périlleux de la chirurgie, et en nous faisant assister aux divers temps de l'opération elle-même, il a justifié, à notre avis, la hardiesse de son entreprise

par l'habileté avec laquelle il l'a conduite jusque dans ses moindres détails.

Toutefois, il est peut-être un point sur lequel on différera d'opinion avec lui; c'est celui qui a pour objet le second temps de l'opération. En présence des accidents occasionnés et entretenus par la tumeur laissée sur place pendant trois jours, du suintement sanguin, dont la surface a été le point de départ incessant, on se demandera s'il n'eût pas été possible au moyen d'une ligature métallique de désorganiser les tissus pédiculés en communication avec la tumeur, ou de les étreindre assez énergiquement pour que la rescision de celle-ci eût pu s'effectuer plus tôt avec sécurité. Il est entendu que la question que nous soulevons ici n'implique aucun blâme de la conduite qui a été suivie par M. Mayor; car pour être résolue il faudrait, comme lui, avoir tenu entre ses doigts le pédicule de la tumeur, avoir pu apprécier le degré de consistance et d'épaisseur du tissu entrant dans sa composition; il faudrait enfin avoir pu se rendre compte des rapports existant entre l'isthme de la thyroïde hypertrophiée et la trachée-artère, de l'étendue et du degré d'intimité des connexions pathologiques établies entre l'une et l'autre; toutes circonstances que notre confrère a dû prendre en considération, et qui ont dû exercer une influence décisive sur sa détermination.

Je pourrais terminer ici le compte rendu du travail de M. Mayor; mais l'auteur, messieurs, du moins c'est ce qui m'a paru résulter de l'étude que j'ai faite de son travail, est un de ces esprits rigoureux, exacts et consciencieux qui ne se contentent pas de détails incomplets ou tronqués; il porte l'observation sur tous les côtés d'un fait où elle peut s'exercer utilement; j'ai cru qu'il était de mon devoir de l'y suivre.

Aussi, ajouterai-je à ce qui précède quelques notions relatives à la pièce anatomique et aux suites médiates de l'opération.

Anatomie pathologique de la tumeur. — Bien que flétrie et ayant perdu de son poids primitif, la tumeur enlevée pesait 832 grammes, elle avait 38 centimètres de circonférence. L'état de putréfaction dans lequel elle était ne permit pas à M. Mayor d'en faire l'examen microscopique. Mais on pouvait voir à l'œil nu qu'elle ne renfermait aucun tissu pathologique, et qu'elle n'était qu'un développement vasculaire de la glande; il n'y avait à son intérieur aucune apparence de kystes ou de cellules. C'était un tissu comparable et analogue d'aspect à celui d'un poumon hépatisé qui ne serait pas friable.

Quant aux suites éloignées de l'opération, l'examen de la jeune ma-

lade, renouvelé de temps en temps, a démontré que le tissu *formativus*, sous l'influence duquel avait eu lieu le développement anormal de la moitié droite du corps thyroïde, continuait à s'exercer sur la portion restante, c'est-à-dire sur la moitié gauche de cette glande qui a déjà atteint le volume d'un œuf de poule. Circonstance singulière, digne de remarque pour l'enseignement qu'elle renferme, que d'ailleurs nous retrouvons dans l'étude de beaucoup d'autres produits anormaux, et qui prouve que derrière, ou au delà de la manifestation matérielle et accessible d'un fait morbide, se cache la puissance pathogénique, c'est-à-dire la raison d'être de ce fait; raison essentiellement vitale, qu'on aurait tort de méconnaître, par cela seul qu'elle demeure insaisissable à nos moyens d'investigation, que la thérapeutique médicale a mission de neutraliser lorsque l'œuvre du chirurgien est accomplie.

Maintenant, permettez-moi de vous rappeler, messieurs, en terminant, que les deux observations dont je vous ai entrenus ont été lues à cette tribune par notre très-regrettable collègue M. Mayor père, dont vous avez eu, peu de temps après, à déplorer la perte inattendue. Membre correspondant étranger de la Société de chirurgie, il avait eu à cœur lui-même de poser devant vous la candidature de son fils que, de son vivant, il avait espéré voir associé à vos travaux : cette satisfaction lui a été refusée.

Aujourd'hui, messieurs, votre commission vous propose d'accueillir favorablement cette candidature. M. Mayor fils porte un nom qui oblige; il l'a compris depuis longtemps : ses premiers pas dans le domaine de la science ont été marqués par d'utiles et intéressants travaux d'anatomie pathologique; et notamment par un mémoire remarquable sur les tumeurs épidermiques. Depuis il n'a pas cessé de se livrer avec distinction à la chirurgie.

Les faits qui précèdent vous ont en outre permis d'apprécier son habileté opératoire.

Aussi votre commission a pensé qu'en vous associant M. Mayor fils à titre de correspondant étranger, vous augmenteriez le nombre des membres qui enrichissent vos comptes rendus d'utiles et intéressantes communications; en même temps que vous feriez revivre parmi vous un nom qui a laissé dans la science de vives sympathies et d'honorables souvenirs.

En conséquence, messieurs, nous vous proposons de voter la nomination de M. Mayor fils à titre de correspondant étranger.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Tournesco, chirurgien de l'hôpital civil Koltsa de Bucharest, adresse deux observations d'hydrocéphale congénitale traitées par les injections iodées. (Commisaires : MM. Broca, Verneuil, Boinet.)

Anesthésie par l'acide carbonique. — M. Monod rend compte des expériences qu'il a faites à la Maison de santé, en commun avec M. Demarquay, sur les propriétés anesthésiques du gaz acide carbonique. Il en résulte que les injections d'acide carbonique ont calmé rapidement les douleurs causées par des cancers de l'utérus et les névralgies utérines.

Du reste, M. Monod laisse à M. Demarquay le soin d'exposer le mode d'administration du gaz qu'ils ont adopté dans leurs expériences.

M. Demarquay fait connaître l'appareil dont il s'est servi, et qui n'est autre chose que l'appareil seltzogène de MM. Mondolo frères, successeurs de Briet. L'acide carbonique dégagé arrive dans le vase supérieur, d'où un tube de caoutchouc appliqué au robinet le transporte sur les parties que l'on veut soumettre à son action. Afin d'éviter tout danger, M. Demarquay a essayé à l'aide du manomètre les pressions que les vases peuvent supporter. Grâce à la simplicité de l'appareil, tous les praticiens peuvent donner des douches d'acide carbonique à leurs malades. Le soulagement étant instantané, il suffit de prolonger la douche pendant 35 secondes ou une minute. M. Demarquay a demandé à MM. Mondolo de construire un appareil pouvant donner sans dangers un dégagement constant de gaz pendant un temps donné.

M. Broca a employé ce moyen pour soulager un malade affecté depuis deux ans d'une cystite avec douleurs très-vives au col de la vessie. La prostate tuméfiée empêche de faire pénétrer le gaz dans la vessie en l'insufflant dans l'urètre; de sorte qu'il faut l'injecter à travers une sonde introduite dans la vessie, d'où résulte une irritation qui peut nuire à l'effet du gaz. L'injection est poussée jusqu'à ce que la percussion démontre la présence du gaz dans l'organe. Le malade, qui ne pouvait pas garder l'urine plus d'une demi-heure, a pu, grâce aux injections d'acide carbonique, passer quatre heures sans uriner. Il en a ressenti un tel soulagement, qu'il demande son injection tous les matins. L'expérience dure depuis quinze jours; mais, depuis deux jours, le soulagement est moins grand, sans doute par suite de l'introduction répétée de la sonde et de l'irritation qui en résulte.

M. Broca s'est demandé si l'acide carbonique n'agirait pas, dans ce cas, comme gaz, indépendamment de ses propriétés particulières. Pour

s'en assurer, il a insufflé de l'air dans la vessie de son malade ; mais les douleurs ont augmenté, au lieu de diminuer.

M. Morel-Lavallée. « Les appareils (à deux ballons) destinés à la fabrication instantanée do l'eau de Seltz sur nos tables offrent un danger qu'on ne soupçonnerait guère en voyant la sécurité avec laquelle on les emploie généralement. Ils peuvent éclater et projeter violemment leurs fragments dans toutes les directions. Depuis que ces appareils sont en usage à l'hôpital de Lourcine, c'est-à-dire depuis environ six mois, sept ont fait explosion, dont quatre à la pharmacie, ce qui signifie qu'ils ont été nettoyés et chargés avec tout le soin possible. Quelle est donc la cause de l'accident? C'est toujours le ballon inférieur qui se brise ; il est probable que les criblures du tube de dégagement s'obstruent par un dépôt salin dans l'effervescence, et que le gaz, ne trouvant plus une issue suffisante, acquiert une tension excessive.

» Toujours est-il qu'il y a là un grand danger; l'appareil éclate comme un obus, et des fragments grands comme la paume de la main et épais de deux centimètres sont lancés au loin à travers le treillage brisé avec un bruit égal à celui d'un coup de fusil.

Un perfectionnement urgent est donc attendu, sur ce point, de la science et des fabricants.

Les réactifs employés à Lourcine sont :

Bi-carbonate de soude.	30 grammes.
Bi-sulfate de potasse.	30 —

Dans un cas, on a remplacé le bi-sulfate par l'acide sulfurique.

Nous connaissons peu d'exemples d'explosion quand on s'est servi (en ville) de l'acide tartrique : c'est donc avec raison que M. Bussy le recommande do préférence. Nous n'en maintenons pas moins la nécessité d'un perfectionnement de l'appareil.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Kystes des ovaires. — M. Chassaignac présente une pièce qui offre deux kystes des ovaires parfaitement symétriques, avec dilatation des trompes dont les pavillons sont intimement adhérents aux kystes. Les trompes sont dilatées jusqu'auprès de l'utérus, où elles sont obstruées; il est impossible de faire pénétrer une soie de sanglier par leur orifice utérin.

Ablation de la lèvre antérieure du col utérin ; hémorrhagie grave ; guérison. — M. Demarquay, depuis qu'il exerce la chirurgie,

a vu faire et a fait un grand nombre d'opérations sur les organes génitaux de la femme, sans jamais être troublé par une hémorrhagie sérieuse. Deux fois seulement il a vu une hémorrhagie : 1° à la suite de la résection d'une petite lèvre; 2° à la suite de l'ablation d'une tumeur développée dans la paroi du vagin. Il fut facile dans ces deux cas d'arrêter l'hémorrhagie. Il n'en fut pas de même dans la circonstance suivante.

Il fut consulté il y a quinze jours environ par une dame de province, jeune encore, pour une prétendue chute de l'utérus, accompagnée d'écoulement muco-purulent et d'excoriation des parois du vagin ; un pessaire avait été appliqué pour remédier à cette chute prétendue de l'utérus.

Un examen attentif fit découvrir à M. Demarquay que ce qui avait été pris pour le col utérin n'était que la lèvre antérieure du col hypertrophiée, ayant acquis une longueur de 5 à 6 centimètres. Ce corps, qui arrivait à l'orifice vaginal, était souple, élastique, rosé, et nullement douloureux à la pression. On ne percevait aucun battement dans son pédicule. La lèvre postérieure du col était excoriée.

Avant d'opérer cette dame, M. Demarquay voulut avoir l'avis de plusieurs de ses collègues. M. Monod seul fut consulté, et fut, comme M. Demarquay, d'avis de faire l'ablation de la tumeur.

Il y a douze jours, cette opération fut pratiquée avec l'instrument tranchant, après abaissement préalable du col utérin. A peine la section était-elle faite, qu'il survint une hémorrhagie en arrosoir. Redoutant cet accident, M. Demarquay s'était muni de perchlorure de fer et de cautères. Avant de recourir au fer rouge, qui effrayait fort la malade, il appliqua un tampon de charpie trempé dans le perchlorure de fer, le col utérin étant toujours abaissé. Ce tampon, maintenu en place pendant plusieurs minutes, arrêta l'hémorrhagie. M. Demarquay laissa alors l'organe utérin reprendre sa place, en y maintenant le perchlorure au moyen d'un tamponnement énergique. Au bout d'un quart d'heure il quitta la malade, laissant près d'elle un élève distingué. Au bout d'une heure il revint près de sa malade, qu'il trouva exsangue, sans pouls. Il fit de nouveau un tamponnement, qui ne fut pas plus efficace que le premier; il ne triompha de l'hémorrhagie qu'avec le fer rouge et la glace portée pendant vingt-quatre heures à l'aide du spéculum sur la plaie saignante. La dame va très-bien maintenant, sauf un peu d'anémie.

M. Demarquay conclut que le perchlorure de fer est un hémostatique très-infidèle.

M. Morel-Lavallée trouve que le reproche adressé au perchlorure de fer par M. Demarquay n'est pas mérité, car il n'a pas été appliqué dans les conditions nécessaires à son action. Il enlève très-souvent des végétations de la vulve sans avoir d'hémorrhagie; dernièrement néanmoins il en a observé une; le sang ne venait pas par la plaie, mais bien par le col de l'utérus. Cette hémorrhagie paraît avoir été appelée par l'opération, de même qu'une application de sangsuos aux environs de la vulve rappelle les règles supprimées. La malade, qui n'avait pas eu ses règles depuis huit mois, les a régulièrement depuis l'opération.

M. Chassaignac rappelle que M. Depaul a fait connaître à l'Académie une ablation de tumeur du col semblable à celle de M. Demarquay sans hémorrhagie. Lui-même a fait six amputations du col de l'utérus au moyen de son écraseur linéaire sans qu'il s'écoulât une goutte de sang.

M. Marjolin rapporte que son père ayant excisé un petit polype du col utérin, il y eut un peu d'hémorrhagie, qui fut arrêtée par le tamponnement. En revenant auprès de la malade, il la trouva exsangue et le ventre distendu. Le tamponnement ayant été enlevé, il s'écoula une cuvette de sang. Marjolin plaça alors un spéculum dans le vagin, et l'hémorrhagie s'arrêta pour ne pas reparaître.

Quant au perchlorure de fer, il faudrait savoir à quel degré de concentration il a été employé, car on en trouve dans les pharmacies qui est beaucoup trop étendu. Appelé pour arrêter une hémorrhagie à la suite d'une opération de fistule à l'anus, il demanda une solution de perchlorure, et celle qu'on lui donna n'était qu'au dixième. Il est évident qu'une semblable solution est insignifiante.

M. Forget demande si la tumeur offrait des battements et si la malade était loin de l'époque de ses règles.

M. Demarquay répond qu'il n'y avait pas de battements et que les règles avaient cessé depuis six jours.

M. Forget fait remarquer que Lisfranc insistait beaucoup sur la nécessité de ne pratiquer les opérations sur l'utérus qu'à une époque éloignée des règles, et qu'une autre cause d'hémorrhagie peut se trouver dans la nature de la maladie pour laquelle on opère. Ainsi, dans la plupart des cas où l'on enlève des tissus cancéreux, il se produit des hémorrhagies plus ou moins considérables. Dans un cas de ce genre, sur une femme opérée par Lisfranc, M. Forget a vu une hémorrhagie extrêmement abondante se faire, malgré le tamponnement, dans le vagin, qui s'était laissé énormément distendre.

Dans des cas analogues, l'écraseur serait peut-être insuffisant pour prévenir l'hémorrhagie à cause du volume des artères utérines, qui chez la malade de Lisfranc avaient acquis des dimensions très-considérables.

M. Forget rappelle qu'il y a quinze ans il a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* une observation de transformation érectile du col analogue à celle de M. Demarquay.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

Séance du 29 *octobre* 1856.

Présidence de M. BOUVIER, vice-président.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur réductible de la région crânienne.

M. DESORMEAUX présente un enfant de six mois qui porte sur la tête, vers la fontanelle postérieure, une tumeur de la grosseur d'une petite noix, molle et réductible seulement par une pression prolongée. Cette tumeur reparaît lentement, quelle que soit la position du malade, lorsque la pression cesse; lorsqu'elle est réduite, on sent facilement qu'elle repose sur une petite ouverture osseuse. Elle est indolore; la peau qui la recouvre a son apparence naturelle.

M. VERNEUIL regarde cette tumeur comme formée par un amas de sérosité dans une hernie des membranes cérébrales à travers les os du crâne. Il rappelle les exemples qui existent déjà de semblables tumeurs, dont la cavité communique d'abord avec l'intérieur du crâne, mais peut cesser plus tard de communiquer par un mécanisme analogue à celui qui isole la tunique vaginale du péritoine. La difficulté de la réduction est facile à comprendre en admettant que le canal de communication existe encore dans le pédicule, mais est très-étroit; car on a trouvé dans des autopsies ce canal existant encore dans le pédicule de tumeurs dont la réduction était difficile.

— M. ROBERT présente un malade à qui il a enlevé une portion de la diaphyse du tibia, et communique l'observation suivante :

Fracture comminutive de la jambe et compliquée de plaie. Résection d'une partie de la diaphyse du tibia de plus de 8 centimètres. Régénération de l'os. Guérison.

On sait depuis longtemps que dans certains cas de fractures graves des membres, on a pu faire avec succès la résection des fragments et enlever des parties considérables de la diaphyse des os. La perte de substance s'est réparée, et la continuité des fragments s'est rétablie au point de rendre à l'os fracturé la plénitude de ses fonctions. Ces rares triomphes de la chirurgie conservatrice sont curieux pour la science, et importants surtout au point de vue pratique; aussi ai-je pensé que la Société de chirurgie recevrait avec intérêt la communication d'un cas de ce genre que j'ai récemment observé.

A l'exposé des faits, je joindrai la présentation du sujet lui-même.

Le 20 août 1855, le nommé Durand, cocher, âgé de vingt-cinq ans, conduisait une voiture dans le bois de Meudon, lorsque celle-ci, heurtant contre un talus, s'inclina fortement et le fit tomber sur le côté. Sa jambe droite fut prise entre les rayons de la roue de devant, qui, dans son mouvement de rotation, l'emporta et le fit culbuter sur le ventre. Il se releva pour courir après ses chevaux; mais sa jambe était fracturée; et dans l'effort qu'il fit, le fragment supérieur perça la peau et son pantalon, et vint se ficher dans le sol.

Relevé et transporté à Meudon, chez son maître, il reçut les premiers soins de MM. les docteurs Obeuf et Déclat. Le membre fut placé sur une planchette et sa plaie couverte de glace que l'on renouvelait souvent. Ce traitement fut continué pendant trois semaines. Mais à cette époque on remarqua que les fragments ne pouvaient être maintenus en rapport; et comme d'ailleurs la fracture était comminutive, l'amputation du membre parut urgente, et M. le docteur Pinel Grandchamp fut mandé pour la pratiquer.

Ce chirurgien, considérant que, malgré le fracas des os et l'étendue de la plaie, les vaisseaux et les nerfs principaux du membre n'étaient pas lésés, que les désordres principaux intéressaient la région antérieure de la jambe, là où se trouvent le moins de parties molles, tenant compte de la jeunesse du malade, de sa bonne constitution et des conditions hygiéniques dans lesquelles il se trouvait, ce chirurgien, dis-je, pensa devoir tenter la conservation du membre.

Le malade ayant été chloroformé, il pratiqua l'extraction de plusieurs esquilles très-considérables, puis il régularisa par la résection l'extrémité des bouts de l'os. La diaphyse du tibia subit une perte de

substance de plus de 9 centimètres. Quant au péroné, il paraissait avoir été fracturé en haut et en bas près de ses extrémités, mais il était intact au niveau de la plaie; il ne fut point touché.

Après cette opération, le membre fut placé dans un appareil simple, et soumis au traitement ordinaire des fractures avec plaie.

Le 16 octobre suivant, c'est-à-dire six semaines après l'accident, il fut admis dans mon service à l'hôpital Beaujon.

A cette époque, la plaie était encore considérable et fournissait beaucoup de pus ; mais le vide résultant de la perte de substance paraissait déjà comblé par des bourgeons charnus d'une consistance remarquable.

Au commencement de novembre, je fis successivement l'extraction de deux portions nécrosées, d'un centimètre d'épaisseur, appartenant à la surface réséquée des deux fragments. A partir de cette époque, la suppuration diminua d'une manière notable.

J'omets ici, et à dessein, les détails des phénomènes successifs que présenta la plaie pendant plusieurs mois, et des difficultés que l'on éprouva pour maintenir la jambe dans une bonne conformation, pour soutenir le pied, dont le talon, devenu très-douloureux, s'était profondément ulcéré, etc.

Le malade, par sa jeunesse et sa bonne constitution, résista sans trop dépérir à toutes ces épreuves, et vers la fin de février 1856 il ne lui restait plus qu'une plaie superficielle et de peu d'étendue ; un os nouveau tendait évidemment à se constituer dans l'intervalle des fragments, et paraissait avoir déjà la consistance cartilagineuse.

A la fin du mois de mars, la cicatrisation était complète, et le cal beaucoup plus consistant. La jambe, mesurée de la tubérosité antérieure du tibia au sommet de la malléole interne, était de 2 centimètres seulement plus courte que la jambe saine.

Quant au péroné, il avait conservé sa longueur naturelle ; mais pour se prêter au raccourcissement que le travail de la cicatrisation imprimait chaque jour au tibia, il avait subi dans son extrémité supérieure un déplacement fort remarquable, déjà signalé par M. Malgaigne, et que j'ai plusieurs fois observé dans les cas de fractures du tibia très-obliques et accompagnées de chevauchement des fragments. Cette extrémité supérieure avait glissé peu à peu contre la facette oblique du tibia, et se trouvait dans un état de subluxation en dehors et en arrière, formant une saillie douloureuse à la partie externe et supérieure de la jambe.

Pendant les mois d'avril et de mai, il ne survint rien de notable, si

ce n'est une fièvre synoque, qui dura quinze jours et retarda le travail de consolidation.

Le 15 juin, l'os nouveau paraissait solide et permettait au malade de lever la jambe. Cependant je crus devoir prescrire un appareil mécanique destiné à soutenir le membre et soustraire le cal au poids du corps. Cet appareil fut habilement exécuté par M. Charrière; mais dans un effort que fit l'ouvrier pour l'essayer, l'os nouveau se fractura. Je dus recourir au repos et à l'application d'un bandage inamovible en stuc, qui fut maintenu jusqu'au 25 septembre, époque à laquelle le cal étant redevenu solide, le malade put supporter son appareil mécanique et marcher.

Le 25 octobre il a quitté l'hôpital. La jambe paraît ferme; l'os nouveau est régulier et présente à peu près le volume de l'os ancien. Il est recouvert d'une pellicule cicatricielle très-mince, adhérente, et cependant d'une bonne consistance. La mensuration ne fait constater que deux centimètres de raccourcissement. Le malade marche facilement et sans douleur avec sa jambe artificielle, qu'il devra garder pendant longtemps, je pense, s'il ne veut exposer le cal à s'infléchir ou même à se fracturer de nouveau.

M. Richard signale l'intérêt qu'offre cette observation, dans laquelle il y a eu, comme l'a dit avec raison M. Robert, une nouvelle formation osseuse. Il rapporte à ce sujet le fait d'un homme à qui il a extrait un fragment du tibia de 14 centimètres de longueur. Le malade avait une fracture double du tibia; M. Richard passa six semaines sans y toucher; pendant ce temps, il se déclara des accidents graves, qui cependant s'apaisèrent; le périoste se détacha et bourgeonna par sa face interne, de sorte que l'os était entièrement libre quand il fut extrait. La guérison eut lieu sans raccourcissement. La reproduction de la portion d'os enlevée fut due sans doute au périoste, qui se trouvait presque intact.

M. Demarquay se rappelle avoir vu un homme à qui Blandin avait réséqué une portion du tibia; la consolidation n'eut pas lieu, et il fallut recourir à l'amputation.

M. Robert pense que dans le cas qu'il a rapporté, la résection n'ayant eu lieu qu'au bout de six semaines, il est très-possible que le périoste se soit trouvé isolé de l'os et qu'il ait pu servir à sa reproduction.

M. Larrey a vu au Val-de-Grâce un cas analogue à celui que vient de présenter M. Robert, mais moins grave cependant. Il s'agissait d'une fracture comminutive compliquée du tiers supérieur du tibia par

écrasement dû à un coup de pied de cheval. Plusieurs fragments d'os extraits ou éliminés laissèrent une perte de substance de plusieurs centimètres, qui ne se répara que très-lentement, d'une manière incomplète, par les extrémités fracturées, en déterminant, comme dans le cas actuel, une subluxation de la tête du péroné.

M. Larrey présume que chez de très-jeunes sujets le péroné, plus flexible, au lieu de subir en pareille circonstance un déplacement articulaire partiel, aurait de la tendance à s'incurver plus ou moins dans sa diaphyse.

M. Houel signale à ce sujet dans le Musée Dupuytren plusieurs pièces de fractures du tibia au tiers supérieur, avec subluxation de l'extrémité supérieure du péroné. Dans une de ces pièces, la luxation est presque complète.

Amputation de jambe à la partie inférieure; appareil prothétique très-simple.

M. Guérin amène devant la Société le nommé Guyan, âgé de dix-neuf ans et demi, demeurant rue des Ciseaux, 5, sur qui il a pratiqué le 26 mai 1856, à l'hôpital de la Charité, une amputation sus-malléolaire. Ce jeune homme, atteint d'une carie des os de l'avant-pied, était entré, il y a quatre ans, à l'hôpital Necker, où M. Guérin lui avait fait l'amputation de Chopart.

A peine guéri, il s'était mis à marcher en portant une botte ordinaire, dans laquelle son moignon supportait des pressions nuisibles. Un an après l'opération, il survint un abcès, dont l'ouverture laissa les os à nu.

Après l'avoir soigné un an et demi chez lui, M. Guérin le fit entrer à la Charité, où il lui fit l'amputation sus-malléolaire de la manière suivante :

Il tailla à la partie interne du pied un lambeau très-large et formé en partie par la peau du talon, comme celui de M. J. Roux pour l'amputation tibio-tarsienne; ce lambeau étant relevé, il fit la section de l'os à 1 centimètre environ au-dessus de la surface articulaire.

Au moment de l'opération, M. Guérin fut assez inquiet de ses suites, parce qu'il s'aperçut que les os étaient mous dans le point où la scie avait porté; aussi administra-t-il à son malade l'huile de foie de morue et le phosphate de chaux à haute dose. Après quelques accidents, la guérison eut lieu, et le malade, qui n'a pu avoir un appareil prothétique convenable, marche très-bien sur l'extrémité de son moignon à l'aide d'une chaussure fort grossièrement faite.

M. Giraldès voit dans le résultat de cette amputation que l'amputation sus-malléolaire ne doit pas, comme on l'a dit, être réservée pour les malades aisés.

M. Larrey. Le résultat si heureux et si remarquable que M. Guérin nous présente ne me paraît pas appartenir à l'amputation sus-malléolaire ; c'est bien plutôt une amputation malléolaire proprement dite, ou intra-malléolaire, si on veut l'appeler ainsi, avec toute la différence que comporte la section des os faite dans l'épaisseur même des malléoles, et non au-dessus d'elles. Cette différence est importante à notre point de vue de la question, puisque l'opération pratiquée dans le tissu spongieux porte à la fois sur une surface douée d'une plus grande vitalité, et assez large pour servir de point d'appui à la sustentation du membre. Ces conditions manquent à l'amputation sus-malléolaire. Et la preuve, c'est que l'amputé de M. Guérin se sert aisément d'un appareil prothétique fort simple, presque grossier, ou d'une sorte de bottine informe, que je crois cependant préférable à la plupart des appareils mécaniques lourds et dispendieux de l'amputation sus-malléolaire.

M. Verneuil pense que cette amputation peut être considérée jusqu'à un certain point comme une amputation *tibio-tarsienne*. En effet, dans certains procédés, comme dans celui de M. Baudens, on enlève avec la scie la saillie postérieure de la surface articulaire du tibia, et bien que dans l'opération de M. Guérin la section ait porté quelques millimètres plus haut, il n'en résulte pas de différence sensible dans la disposition du lambeau. M. Verneuil ne pense pas que ce fait doive faire admettre la possibilité de marcher sur le moignon après l'amputation sus-malléolaire, car ici la largeur de la surface osseuse et la nature des parties molles donnent bien plus de solidité au point d'appui. Enfin il trouve dans ce malade la preuve que le tissu spongieux peut se cicatriser assez pour supporter la pression du poids du corps.

M. Robert est aussi d'avis que l'opération de M. Guérin se rapproche de l'amputation tibio-tarsienne ; et ce qui rend possible la marche sur le moignon, c'est que, comme dans cette dernière, la pression porte sur la peau du talon. Il a fait il y a sept ans une amputation analogue sur une petite fille, qui marche toujours très-bien.

M. Guérin se plaint qu'on ait trop considéré le fait en lui-même, et pas assez dans ses rapports avec la question générale qui agite la Société depuis plusieurs séances : Doit-on amputer toujours à la partie supérieure de la jambe, ou faut-il conserver l'amputation à la partie inférieure? Peu importe qu'on l'appelle sus-malléolaire. D'ailleurs, il

est naturel d'appeler sus-malléolaire toute amputation au-dessus des malléoles, et celle-ci est à 1 centimètre au-dessus. Si l'amputé peut marcher sur l'extrémité de son moignon, c'est parce que M. Guérin s'est servi, pour faire son lambeau, des téguments de la partie interne et plantaire du pied, et il aurait encore pu le faire en pratiquant la section 1 centimètre plus haut. D'ailleurs, dans les cas d'amputation à la partie inférieure de la jambe, rien ne force à remonter plus haut, puisqu'on ne la fait que lorsqu'on croit que le tibia n'est pas malade.

En résumé, le fait présenté par M. Guérin prouve qu'on peut, dans l'amputation sus-malléolaire, se servir du lambeau de M. J. Roux, et que dans certains cas l'amputation à la partie inférieure de la jambe est préférable à l'amputation au lieu d'élection.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Marjolin. Après avoir entendu les objections si graves faites par quelques-uns de nos collègues à l'amputation sus-malléolaire, et après la lecture des faits cités par l'honorable M. Hutin dans le but de prouver que c'est une opération mauvaise, il est, je crois, du devoir de ceux qui la croient non-seulement bonne, mais même préférable dans un assez bon nombre de cas à l'amputation au lieu d'élection, d'apporter des faits à l'appui de leur opinion. Or voici ce que j'ai été à même de constater cette semaine. J'ai rencontré un ouvrier mécanicien, âgé de vingt-six ans, nommé Bernard, demeurant rue du Faubourg-Saint-Antoine, 175. Cet homme a été amputé par Roux en 1845, pour une tumeur blanche du pied. L'amputation, pratiquée au-dessus des malléoles, a été suivie d'un très-beau résultat. Interrogé sur ce qui s'était passé depuis sa sortie de l'hôpital, ce blessé m'a dit que trois ou quatre fois la cicatrice s'était rouverte, et que chaque fois il avait fallu plusieurs mois pour qu'elle se fermât. Mais comment sont survenues ces ulcérations? C'est quelquefois à la suite d'une chute en dansant à la barrière, alors que le vin l'avait légèrement étourdi. Si maintenant ce blessé porte de préférence à une jambe artificielle une jambe de bois à fourche, c'est que la première n'aurait certainement pas plus résisté aux exercices violents auxquels il veut bien se livrer, que la seconde, qu'il a cassée, malgré toute la solidité qu'elle avait, et qu'il a rajustée avec une véritable barre de fer.

M. Larrey fait observer à M. Marjolin qu'il ne suffit pas de reconnaître une cicatrice solide chez l'amputé de Roux, malgré les ulcérations dont elle a été plusieurs fois le siége; il faut encore que le membre puisse se plier ou s'étendre, agir et supporter le poids du corps, comme il conviendrait que cela fût après l'amputation sus-malléolaire.

Or c'est ce qui n'a pas lieu, d'après les renseignements que M. Marjolin nous donne sur ce cas particulier.

CORRESPONDANCE.

M. Ferdinand Martin adresse à la Société une lettre dans laquelle il annonce la lecture prochaine d'un travail dans lequel il cherchera à démontrer par des faits que les reproches graves adressés à l'amputation sus-malléolaire ne sont nullement fondés.

Sur la demande de plusieurs membres, M. le président nomme une commission chargée d'examiner tous les faits se rattachant à cette question. Cette commission se compose de MM. Larrey, Michon, Broca.

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de MM. les docteurs Denéchaud, Bougouin et Gavrelle, l'observation détaillée de la malade atteinte d'une tumeur fibro-graisseuse siégeant à la malléole externe, et présentée dans la séance du 1er octobre.

M. le secrétaire général donnera l'analyse détaillée de cette observation dans l'une des prochaines séances.

— M. le docteur Z. Merchie fait hommage d'une notice intitulée *Des secours à porter aux blessés sur les champs de bataille.*

— M. Demarquay présente un nouvel appareil pour les douches d'acide carbonique, dont il donne la description suivante :

« J'ai fait construire un appareil en plomb, de forme cylindrique, de la contenance de cinq à six litres, et surmonté d'un manomètre indiquant la pression du gaz. Pour s'en servir, on met dans le fond du vase de l'eau contenant une certaine quantité de bi-carbonate de soude; dans un réservoir placé dans le haut de l'appareil, on met de l'acide sulfurique. Au moment de s'en servir, on fait tomber une certaine quantité d'acide sulfurique dans le fond du vase; alors le gaz acide carbonique se dégage, le manomètre indique exactement la pression intérieure, et quand l'aiguille est arrivée au chiffre 5 ou 6, on administre des douches d'acide carbonique à un certain nombre de malades à l'aide d'un tube en caoutchouc appliqué à un robinet placé à la partie supérieure de l'appareil. Quand il ne se forme plus d'acide carbonique, on fait de nouveau tomber une certaine quantité d'acide sulfurique sur le bi-carbonate en excès. Cet appareil l'avantage de permettre de donner des douches à plusieurs malades de suite, et à volonté ; de plus, il n'oxpose pas aux accidents de l'explosion, comme les autres appareils en verre ou en faïence. Son prix, d'ailleurs, est peu élevé. Toutefois, il no faut pas développer d'acide

carbonique au delà de la pression de 6 à 8 atmosphères ; sans quoi, cet appareil pourrait se déchirer. Cet accident n'amènerait aucun danger, mais il détruirait l'appareil.

— M. Follin fait part à la Société du résultat de plusieurs expériences relatives à l'anesthésie produite par l'acide carbonique. Il commence par montrer dans un aperçu historique que des expériences avaient déjà été faites vers la fin du siècle dernier dans cette direction, et cite à ce propos Beddoes, qui appliqua un vésicatoire sur le troisième doigt de la main gauche, et, après avoir enlevé l'épiderme, plongea le doigt dans une vessie pleine d'acide carbonique; aussitôt la douleur disparut; le doigt ayant été retiré de la vessie, elle reparut, et se dissipa chaque fois que la vessie fut réappliquée. Après cette expérience, M. Follin en rapporte d'autres faites sur des cas pathologiques. L'acide carbonique fut appliqué par le docteur J. Ewart sur deux ulcères de la mamelle très-douloureux et regardés comme cancéreux; la douleur fut apaisée dans les deux cas; l'un des ulcères guérit et l'autre fut considérablement amélioré.

A partir de ce moment jusqu'aux recherches actuelles, M. Follin ne trouve de traces de l'emploi de l'acide carbonique comme anesthésique qu'en 1834, où Mojon le conseilla contre les douleurs qui accompagnent la dysménorrhée. Enfin arrive M. Simpson, qui conseille les douches de gaz acide carbonique dans la plupart des affections douloureuses de l'utérus et de quelques organes voisins, telles que cancers utérins, névralgies utéro-vaginales, dysuries et irritabilité vaginales. C'est d'après le célèbre professeur d'Edimbourg que M. Follin a lui-même fait ses recherches. Il rapporte trois faits de cancers utérins très-douloureux, dont les douleurs furent calmées instantanément par l'application du gaz; les malades ont recouvré le sommeil qu'elles avaient perdu depuis longtemps; M. Follin n'a remarqué aucune modification dans l'état des ulcères. Il a encore obtenu l'anesthésie plus ou moins complète en dirigeant du gaz acide carbonique à la surface d'un œil enflammé et douloureux, sur un cancroïde de l'oreille, entre les lèvres d'un abcès qu'on venait d'ouvrir.

Après avoir rapporté ces faits, qui ne laissent aucun doute sur les propriétés anesthésiques de l'acide carbonique, M. Follin donne quelques détails sur la préparation de ce gaz, et les appareils qui servent soit à l'obtenir, soit à l'appliquer. Puis il rapproche en terminant ces expériences de l'usage de certaines substances dont quelques-unes sont conseillées depuis l'antiquité, et qui n'agissaient peut-être que par l'acide carbonique qu'elles contiennent. Telles sont les fumigations

d'herbes aromatiques, les cataplasmes de levure de bière, enfin les eaux acidules gazeuses.

M. Demarquay a voulu produire l'anesthésie de la peau pour pratiquer une cautérisation dans un cas de névralgie sciatique. Il n'a obtenu aucun résultat. Il en fut de même d'injections dirigées dans la bouche d'un malade auquel il devait ouvrir un abcès considérable. Il a encore fait des injections dans le rectum de malheureux malades affectés de cancer; dans un cas seulement, il a obtenu du soulagement.

Dans les affections utérines, névralgies, cancer du col, du vagin et du corps de l'utérus, chez toutes les malades le soulagement a été instantané et durait plus ou moins longtemps. Ce qui est bien certain, c'est que l'état de plusieurs des malades s'est trouvé amélioré; elles n'ont pas guéri de leurs cancers utérins, mais leur état est devenu supportable.

M. Forget demande si le contact du gaz acide carbonique peut produire l'anesthésie dans une partie où il n'y a pas de plaie, ou s'il agit seulement sur les parties dénudées.

M. Verneuil a fait deux essais d'anesthésie par le gaz acide carbonique dans des cas qu'il regarde comme peu favorables. Il enferma dans une sorte de manchon un pied qui, par suite d'un phlegmon ancien, est le siége de douleurs très-violentes, dues sans doute à une névrite; puis il le tint assez longtemps en contact avec le gaz introduit dans le manchon sans obtenir de soulagement. Il a encore essayé la douche d'acide carbonique pour un priapisme très-douloureux. Le malade accusa une sensation de chaleur qui n'était pas désagréable, mais la douleur persista.

M. Demarquay. L'observation de MM. Forget et Verneuil est fondée. Je me suis demandé, en effet, si l'intégrité des parties n'était point un obstacle à l'action de l'acide carbonique. Mais comme j'ai obtenu un grand soulagement dans deux cas de névralgie utérine sans altération du col, il est évident que l'intégrité des parties n'est pas un obstacle; cependant, je dois dire que sur six malades affectées de cancer utérin, deux ont un cancer du corps de l'utérus sans plaies profondes du col et du vagin. Ces deux malades sont moins soulagées par les douches d'acide carbonique que les quatre autres, qui se trouvent dans des conditions différentes, c'est-à-dire qui sont affectées de cancers ulcérés du col utérin et du vagin.

Je n'ai point constaté que ces injections eussent un effet heureux sur l'aspect des plaies; la suppuration vaginale a conservé jusqu'à ce jour l'odeur fétide. Toutes les malades auxquelles nous avons donné

des douches vaginales ont accusé une sensation de froid suivie bientôt d'une sensation de chaleur. La durée de nos injections est de trente secondes à une minute.

M. Follin a aussi employé l'acide carbonique dans un cas de douleurs du poignet dues à une arthrite, sans aucun résultat.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Desormeaux.

Séance du 5 novembre 1856.

Présidence de M. Bouvier, vice-président.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeurs parotidiennes avec crépitation à la pression et écoulement abondant de salive mêlée d'air et de muco-pus, produites par la dilatation du canal de Sténon et de ses divisions.

M. Demarquay présente un malade au sujet duquel il donne les détails suivants :

M. X..., tailleur, âgé de quarante ans, est d'une bonne constitution, jouit habituellement d'une excellente santé, n'a jamais eu aucune maladie de l'oreille ni de la bouche; il n'a pas de dents cariées. Il ne fait jamais d'excès de table ; il fume depuis l'âge de quatorze ans, et consomme actuellemant environ 15 grammes de tabac par jour.

Il y a quatre ans, il remarqua de la tuméfaction au niveau de chaque région parotidienne ; toutefois, le côté gauche était moins enflé que le droit. Il y éprouvait en même temps une douleur qui augmentait lorsqu'il avait mangé ; mais après le repas la tuméfaction était diminuée. Ces accidents disparurent d'eux-mêmes au bout de cinq jours environ ; mais, six mois après, les mêmes phénomènes se reproduisirent, et, comme il souffrait beaucoup, il appliqua des cataplasmes chauds de farine de lin et de sel. Il fut de nouveau débarrassé en cinq jours; il paraît que, depuis, les accidents sont revenus cinq ou six fois dans l'espace de trois ans.

Il y a un an, il s'aperçut qu'il salivait plus qu'à l'ordinaire, et qu'il éprouvait en même temps des douleurs lancinantes dans les régions parotidiennes tuméfiées ; ces douleurs étaient assez vives pour troubler son sommeil. Il ne remarquait cependant pas encore de pus dans sa sa-

live ; il ne sentait aucune crépitation en pressant sur là partie tuméfiée ; pas de tintements ni de bourdonnements dans les oreilles.

Il y avait quinze jours qu'il était dans cet état, lorsqu'il s'aperçut, après avoir mangé, que la tuméfaction était diminuée, et en pressant sur la tumeur il sentit un peu de crépitation ; à ce moment aussi, il remarqua qu'il y avait du pus dans sa salive. Il fit usage, à cette époque, de gargarismes d'eau salée et de cataplasmes ; mais, n'obtenant aucune amélioration, il alla consulter un médecin qui lui fit faire des frictions avec une pommade iodurée. Plus tard, il demanda l'avis de M. Velpeau, qui conseilla l'application d'un vésicatoire de chaque côté ; mais le malade n'en obtint aucun changement dans son état, et se mit des compresses imbibées d'eau sédative.

Au bout de quatre mois, toute tuméfaction était disparue ; le malade éprouvait seulement de temps en temps quelques élancements à l'endroit où elle avait existé, lorsque, il y a deux mois, il ressentit de nouveau dans chaque région parotidienne une douleur très-vive, mais moins forte que précédemment, et s'aperçut qu'il y avait du pus dans sa salive. Il vint alors consulter M. Demarquay ; voici ce qui fut constaté :

Les deux régions parotidiennes sont tuméfiées, la droite plus que la gauche ; cette tuméfaction est bien limitée au niveau du bord maxillaire inférieur ; elle est, au contraire, en quelque sorte étalée dans les autres points de la région et se termine insensiblement. Si l'on y exerce une légère compression, on produit une crépitation fine, rappelant celle de l'emphysème. En explorant la cavité buccale, on observe que les deux conduits de Sténon sont dilatés ; ils peuvent admettre dans leur intérieur un stylet de trousse, et en pressant sur la région parotidienne, on fait sortir de la salive contenant des bulles d'air et du pus : le malade dit que la salive qui s'écoule ainsi lui paraît froide. Si l'on vient alors à presser sur les parotides, on ne produit plus de crépitation ; la tuméfaction est presque disparue. Enfin, si l'on engage le malade à souffler après avoir fermé la bouche et en pinçant le nez pour empêcher l'air de sortir, on voit les régions parotidiennes se distendre par l'air expiré. M. Demarquay a fait exercer la compression sur chaque région parotidienne au moyen d'une carde de coton et d'une bande en caoutchouc.

M. Morel-Lavallée, en examinant la tumeur, n'a pas trouvé de crépitation multiple ; d'après cela et d'après la rapidité avec laquelle la tumeur se vide, il pense que le canal de Sténon et ses grosses ramifications sont seuls dilatés.

M. Demarquay affirme qu'il a toujours senti une crépitation fine, et soutient, en conséquence, que la dilatation gagne les plus petites ramifications du conduit excréteur.

Plaie de l'artère humérale. — M. Larrey présente un malade auquel il a fait allusion dans une précédente séance pour démontrer l'opportunité de la ligature directe des artères blessées accidentellement, et il en résume l'observation rédigée par le docteur Gaujot, son aide de clinique au Val-de-Grâce.

Plaie de l'artère humérale par un fragment de verre ayant pénétré à la face externe et moyenne du bras. — Anévrysme diffus opéré par l'ouverture du foyer et la ligature du vaisseau au-dessus et au-dessous du point lésé. — Guérison.

Le nommé Forin, soldat au 1er régiment d'artillerie, était occupé, le 16 août 1856, à fermer une fenêtre dont une des vitres supérieures se trouvait cassée, lorsqu'un fragment de verre, s'en détachant, est tombé sur la face externe et moyenne du bras, au niveau du bord externe du biceps, en faisant à la peau une plaie à peu près transversale, d'une longueur d'environ 2 centimètres. Immédiatement, hémorrhagie abondante en jet, qui est arrêtée aussitôt par un bandage compressif appliqué sur la plaie même.

On envoie le jour même le blessé au Val-de-Grâce; mais l'hémorrhagie ne reparaissant pas, le pansement est laissé en place pendant les journées du 16 et du 17.

Le 18, l'appareil est enlevé. Les bords de la petite plaie, dont on ne peut constater la profondeur ni la direction, commencent à s'agglutiner. Plus d'hémorrhagie; mais il existe une tuméfaction notable occupant la face interne et antérieure du bras, depuis le bord axillaire jusqu'au pli du coude, due à une suffusion sanguine dans le tissu cellulaire, avec teinte ecchymotique de la peau, sans expansion ni battements appréciables; ce qui, à la rigueur, permettrait de supposer seulement la lésion de la veine céphalique. Deux serre-fines sont placées pour maintenir les bords de la plaie accolés. Fomentations froides.

Le 20, l'infiltration sanguine a fait des progrès; elle descend du pli du bras jusqu'au poignet, en suivant exactement les gaînes des artères radiale et cubitale. D'un autre côté, le creux axillaire commence à s'effacer. Dans la région du bras, le gonflement a pris des proportions considérables. Le membre a triplé de volume; l'épanchement sanguin occupe actuellement les faces interne antérieure et externe, et n'est arrêté en arrière que par les bords du triceps. La peau a une teinte

violacée légèrement verdâtre. Les téguments sont fortement tendus. Douleurs vives.

Le 21, un examen attentif fait reconnaître au niveau de la plaie et en dedans, sur le trajet de l'artère brachiale, dans une étendue de 5 centimètres, des battements artériels manifestes, isochrones au pouls; l'expansion est même assez forte pour soulever le doigt d'une façon appréciable à la vue. L'auscultation n'y fait rien entendre. Autour de ce point central, dans le reste du bras, en haut et en bas, où la tuméfaction est cependant aussi considérable, les battements ne sont point transmis.

Il y a donc lésion de l'artère humérale au niveau de la plaie extérieure, et anévrysme diffus dans les gaînes celluleuses antérieures du bras, quelque étrange que soit le fait de sa production; car il faut admettre que le fragment de verre a pénétré directement de dehors en dedans en passant à travers ou derrière le biceps, pour venir atteindre, en dedans de lui, l'artère brachiale, et ressortir ensuite par la plaie.— Bandage roulé compressif depuis la racine du membre, qui est placé sur un coussin élevé; glace en permanence.

Du 21 au 25, le gonflement du bras arrive au dernier degré que lui permet d'atteindre l'extensibilité des tissus. L'ecchymose de la peau passe à la teinte jaunâtre. La plaie est cicatrisée. Les battements artériels se font sentir maintenant dans toute l'étendue de la face antérieure et externe. Le pouls de la radiale est moins fort et moins plein que celui du côté sain. Un peu d'œdème à l'avant-bras et à la main. Douleurs pulsatives intenses s'irradiant vers l'épaule; fourmillements dans les doigts.

A partir du 25, on observe tous les symptômes d'un véritable phlegmon dans le bras: rougeur inflammatoire de la peau; chaleur, tension, douleurs pongitives, fièvre, insomnie, etc. On cesse la compression, qui est douloureuse, et l'application de la glace. — 20 sangsues; cataplasmes.

Les 27, 30 août et 1er septembre, applications de 20 sangsues.

Le 2, la fièvre tombe; les symptômes inflammatoires locaux sont apaisés; le volume du bras a diminué; la tuméfaction tend à se limiter à la région antérieure, où on sent toujours les pulsations. L'œdème de l'avant-bras et de la main s'est en grande partie dissipé.

Le 6, l'affection est maintenant tout à fait limitée à une tumeur occupant la partie moyenne et antérieure du bras; tout le reste du membre a repris son apparence normale.

La tension et la douleur sont moindres. La fluctuation y est mani-

feste et pourrait faire supposer l'existence d'un foyor purulent en avant de la poche anévrysmale. Les battements, toujours perceptibles, semblent plus profonds et plus sourds; mais la circulation, quoique affaiblie, continue à se faire dans les artères de l'avant-bras. A la suite de l'inflammation phlegmoneuse, les bords de la plaie, qui étaient cicatrisés, se sont désunis; l'espace formé par leur écartement est bouché par un petit caillot noirâtre, solide, adhérent, faisant une légère saillie au dehors. Mais pendant les jours suivants, ce petit caillot s'affaisse, et la plaie se cicatrise de nouveau.

Du 10 au 14, l'œdème se reproduit à l'avant-bras et à la main, la peau prend une teinte bleue cyanosée, indiquant une gêne de la circulation. Les fourmillements dans les doigts reparaissent plus intenses, et ne laissent aucun repos au blessé, qui devient très-inquiet. La tension augmente de nouveau dans la tumeur, dont les parois s'indurent, malgré une nouvelle application de sangsues. Le tissu cellulaire du creux de l'aisselle s'engorge; l'engourdissement gagne tout le membre.

Le 15, M. Larrey reconnaît dans cette recrudescence de symptômes graves l'opportunité d'une opération radicale, c'est-à-dire la ligature du vaisseau. Lier l'artère axillaire dans le creux de l'aisselle était ce qu'il y avait de plus simple et de plus facile; cependant M. Larrey préféra suivre la méthode qui consiste à ouvrir largement la poche anévrysmale, à la vider, à rechercher le point lésé du vaisseau et à jeter un fil au-dessus et au-dessous. Il lui parut que dans le cas présent cette manière d'agir, quoique présentant plus de difficultés, offrait plus de chances de réussite, outre qu'il n'était pas impossible qu'une collection purulente se fût formée au-devant du foyer sanguin à la suite de l'inflammation phlegmoneuse qui avait eu lieu.

En conséquence, tout étant prêt pour la ligature, le malade soumis à l'action du chloroforme et la compression faite dans le creux de l'aisselle, M. Larrey, aidé dans cette opération par M. Legouest, agrégé de l'Ecole du Val-de-Grâce, pratique avec un bistouri droit, à la partie supérieure et interne du bras, un peu au-dessous du bord axillaire, sur le trajet de l'artère, une ponction dans le foyer sanguin. Aussitôt, des caillots se présentant, cette ponction devient sans désemparer le point de départ d'une incision longue de 11 centimètres, descendant en suivant la direction de l'artère.

Le sac anévrysmal, ainsi largement ouvert, est vidé des caillots sanguins qu'il contient; le bord interne du biceps, qui est intact, étant reconnu, l'artère est facilement mise à découvert, et fort heureusement dans le point où elle a été atteinte, correspondant au niveau de la plaie ex-

térieure. On constate sur la paroi externe de l'artère une ouverture longitudinale de 7 à 8 millimètres d'étendue, dont les bords, un peu écartés et renversés en dehors, sont constitués par la tunique moyenne. Il semble qu'à la paroi interne il existe une autre petite plaie.

Deux fils sont placés l'un au-dessus, l'autre au-dessous de ces deux points, comprenant ainsi environ un pouce du tube artériel entre les deux ligatures. Les fils sont fixés hors de la plaie. — Boulettes de charpie, pansement simple.

Le membre est placé horizontalement, enveloppé de ouate, entouré de boules d'eau chaude qui l'entretiennent dans une douce chaleur, qu'on prend soin de ne pas exagérer.

La compression dans l'aisselle avait été maintenue pendant tout le temps de l'opération, qui du reste n'exigea que très-peu d'instants; la perte de sang fut peu considérable.

Quant aux caillots extraits, ils sont noirs, épais, solides, ayant la forme des interstices musculaires; quelques-uns même sont en grande partie fibrineux, blanchâtres; ainsi l'un d'eux se termine par une languette mince de fibrine qui s'est exactement moulée dans l'interstice du biceps et du brachial antérieur. A peine les ligatures étaient-elles posées que l'avant-bras et la main devinrent froids et pâles, et le malade en perdit immédiatement la sensation.

Le 16 septembre, aucun accident; pas de sommeil, mais pas de douleur; un peu de fièvre, 120 pulsations. Absence complète du pouls radial. La sensation des doigts et de la main est revenue. Le pansement est laissé en place. Chaleur artificielle maintenue au même degré.

Le 17, levée de l'appareil. Etat très-satisfaisant de la plaie; très-peu d'œdème dans l'avant-bras, coloration normale de la peau.

Le 19, la fièvre diminue, 104 pulsations. On commence à percevoir le pouls radial, très-petit, très-fin, mais cependant suffisamment développé pour permettre de compter les pulsations. Pendant le pansement plusieurs gros caillots adhérents au fond de la plaie sont détachés; celle-ci a un très-bon aspect, à part la coloration et l'odeur résultant de la présence du sang dans le foyer. Même pansement. On diminue progressivement l'action de la chaleur artificielle.

Le 20, 100 pulsations, un peu d'appétit, sommeil, pas de douleurs. On cesse l'emploi de la chaleur artificielle.

Le 23, plus de fièvre, 80 pulsations; appétit; aucune douleur. Les fils de la ligature tombent spontanément pendant le pansement; leur chute n'est accompagnée d'aucun écoulement sanguin. La plaie se net-

toie bien ; un lambeau de tissu cellulaire mortifié reste adhérent au fond contre l'artère ; on le laisse à cause de cette circonstance. Les bourgeons charnus commencent à se développer ; les téguments sont revenus sur eux-mêmes, et le bras a repris son volume normal. Aucun œdème à l'avant-bras ; le pouls radial est maintenant très-appréciable.

Le 25, pendant le pansement le lambeau de tissu cellulaire mortifié près de l'artère se détache ; suppuration abondante, de bonne nature. Le bord interne du biceps est à nu, mais les bourgeons charnus se développent rapidement, et les bords de l'incision reviennent sur eux-mêmes.

A partir de ce jour, aucun accident ; marche rapide vers la cicatrisation, qui aujourd'hui, 26 octobre, est complète. La cicatrice est linéaire, un peu adhérente ; le membre est un peu amaigri ; les mouvements sont à peine gênés par le tiraillement et l'adhérence de la cicatrice, et surtout par la roideur de l'articulation du coude.

Quant au pouls radial, chose notable, il n'est pas sensiblement plus développé aujourd'hui que lorsqu'il a commencé à reparaître.

M. Larrey a cru devoir présenter avec quelques détails cette observation, comme offrant de l'intérêt sous plusieurs rapports : la singularité de la cause vulnérante de l'artère ; la manifestation tardive des symptômes de l'anévrysme diffus ; la complication phlegmoneuse sans suppuration, l'opération pratiquée un mois après la blessure par l'incision de la poche anévrysmale et par l'interception de la plaie entre deux ligatures ; l'intégrité des parois artérielles ; l'absence des accidents consécutifs et le rétablissement de la circulation dans le membre.

M. Boinet s'appuie sur cette observation pour soutenir que dans les plaies d'artères accompagnées d'inflammation on doit suivre la pratique de M. Nélaton.

Exophthalmie. — M. Huguier présente une fille qui vient d'entrer dans son service avec une exophthalmie produite par une tumeur de l'orbite. Dans des cas semblables, les chirurgiens ont recours soit à la ligature de la carotide primitive, soit à l'extirpation de la tumeur en enlevant l'œil ou en le conservant. M. Huguier, n'ayant pas plus de confiance dans l'une que dans l'autre de ces méthodes, demande sur ce point l'avis de ses collègues.

M. Guersant, rapprochant ce fait de ce qu'il observe souvent sur des enfants, n'hésite pas à déclarer que cette tumeur est de nature cancéreuse. Il n'admettrait d'opération que l'extirpation simultanée de

l'œil et de la tumeur. Mais comme il est possible que cette tumeur ait sa racine à la base du cerveau, il craint qu'on ne puisse l'enlever en totalité. En résumé, il est d'avis de ne rien faire si les progrès du mal ne sont pas très-rapides.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Huguier demande la parole à l'occasion du cas d'hémorrhagie utérine rapporté par M. Demarquay, pour faire observer que l'on doit toujours s'attendre à une hémorrhagie lorsqu'on ampute le col de l'utérus. Plusieurs fois, à la suite d'amputations de cols hypertrophiés, il a vu des hémorrhagies graves qui n'ont pas entraîné la mort, mais qui ont laissé néanmoins pendant longtemps un trouble considérable dans l'économie. Pour éviter ces hémorrhagies, M. Huguier conseille de lier les artères à mesure qu'on les coupe. Cette ligature est difficile à faire, parce qu'on ne peut saisir les artères dans le tissu utérin, ou qu'après avoir été liées elles échappent aux fils. Mais M. Huguier a trouvé le moyen de les lier facilement. Il transperce l'artère avec une petite épingle qu'il recourbe, et place son fil au delà; ensuite il coupe l'épingle et la laisse en place jusqu'à la chute de la ligature. Ce moyen lui a toujours réussi.

M. Huguier fait ensuite part du fait suivant, qui s'est passé dans son service :

Un homme se présenta avec une plaie à la base de l'indicateur droit, qui donnait lieu à une hémorrhagie abondante. L'interne de garde employa le perchlorure de fer. Le troisième jour, nouvelle hémorrhagie. M. Huguier débride la plaie et applique du perchlorure. L'hémorrhagie se suspend, pour reparaître bientôt. Le malade était très-affaibli. M. Huguier fait la ligature de la radiale. A partir de ce moment l'hémorrhagie cesse définitivement; mais le malade était exsangue, et mourut d'épuisement.

M. Guersant regarde la cautérisation comme le meilleur moyen d'arrêter l'hémorrhagie après l'amputation du col utérin. Dans un cas où il avait excisé une lèvre antérieure très-hypertrophiée, il fut forcé de revenir deux fois à la cautérisation et au tamponnement. Le sang ne reparut pas. Il pense, avec Dupuytren, qu'il faut, lorsqu'on opère sur le col de l'utérus, être toujours prêt à employer le fer rouge.

M. Giraldès ne trouve aucun rapport entre le fait de M. Huguier et celui de M. Demarquay. Dans l'observation de M. Huguier, le perchlorure de fer a réussi, puisqu'il a arrêté l'hémorrhagie pendant trois jours. Si elle a reparu plus tard, c'est que les parties tannées par le perchlorure avaient été éliminées.

M. Forget est étonné de voir se multiplier les excisions de cols utérins hypertrophiés. A l'époque où Lisfranc faisait souvent cette opération, on lui reprochait d'amputer de simples hypertrophies auxquelles il n'aurait pas fallu toucher. Il serait important que les chirurgiens qui disent avoir excisé un grand nombre de cols utérins hypertrophiés voulussent bien indiquer les raisons qui les ont déterminés à l'opération. Sans doute, dans les hypertrophies avec vascularisation considérable, il faut recourir aux moyens chirurgicaux; mais M. Forget préfère à l'instrument tranchant le cautère actuel, que l'on plonge dans la tumeur comme s'il s'agissait d'une tumeur érectile. Cette année encore, il a pratiqué cette opération. La cautérisation a été suivie d'une suppuration qui a amené le retrait du col utérin sur lui-même.

M. Hervez de Chégoin, pour une hémorrhagie à la suite d'une amputation partielle du col, a eu recours au tamponnement à l'aide d'un spéculum rempli de charpie. Le tamponnement fut chassé. Alors il le rétablit et le maintint au moyen d'un bandage. Il pense, comme M. Forget, que la cautérisation est un bon moyen d'attaquer les hypertrophies du col utérin : mais elle n'est pas toujours nécessaire. Il a plusieurs fois réussi au moyen de l'iodure de potassium à l'intérieur et en injections.

M. Huguier n'avait pas l'intention de discuter les indications de l'excision du col utérin. Il ne pense pas qu'on doive y recourir avant d'avoir essayé d'autres moyens. Cependant l'amputation est indiquée pour les hypertrophies compliquant des tumeurs fibreuses, et pour les hypertrophies considérables qui dépassent la vulve. M. Huguier rappelle à ce sujet qu'il a déjà établi la rareté des chutes complètes de l'utérus, et démontré que les cas regardés comme des chutes sont le plus souvent des hypertrophies du col et de la partie inférieure du corps.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Hutin, médecin en chef de l'hôtel des Invalides, adresse une lettre dans laquelle il annonce qu'il présentera à la Société une statistique exacte des militaires qui ont subi l'amputation sus-malléolaire.

— M. le docteur Bernard Brodhurst, chirurgien adjoint de l'hôpital orthopédique de Londres, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. (Commissaires : MM. Giraldès, Follin, Bouvier.)

RAPPORT.

M. Broca lit un rapport sur le *Traité de galvano-caustique* de M. le professeur Middeldorpf.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Desormeaux.

Séance du 12 novembre 1856.

Présidence de M. Bouvier, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Huguier, à l'occasion du procès-verbal, se défend d'avoir amputé des cols utérins qui auraient pu guérir par une autre méthode. Il regarde l'amputation comme le seul moyen à employer dans les hypertrophies du col dépassant la vulve. Il présente enfin quelques considérations sur les chutes de l'utérus, qui sont presque toujours simulées par des hypertrophies de la portion inférieure de l'organe. Il n'a rencontré que deux cas où il crut à une précipitation complète ; mais en y regardant de plus près, il s'aperçut que ce qu'il avait pris d'abord pour la totalité de l'utérus n'était que le col très-hypertrophié, et que le corps se trouvait au-dessus dans un état de flexion complète.

CORRESPONDANCE.

M. le secrétaire général donne lecture de la lettre suivante, adressée par M. le professeur Heyfelder, membre correspondant, attaché au département de médecine du ministère de la guerre, à Saint-Pétersbourg :

« Monsieur et très-honoré confrère,

» J'ai lu dans le rapport de la séance de la Société de chirurgie du 27 août 1856, la communication de M. Larrey sur un cas d'anévrysme de l'artère dentaire. Comme j'ai observé un cas analogue à celui rapporté par M. Rufz, et que je crois qu'il pourrait intéresser la Compagnie, je m'empresse de vous le communiquer.

» Le malade dont il s'agit était âgé de trente-deux ans ; il crachait du sang depuis quelque temps, et la source de cette hémorrhagie avait été méconnue par le médecin qu'il avait d'abord consulté. Lorsque je

le vis, je constatai une tumeur fongueuse, arrondie, de 3 ou 4 lignes de diamètre, siégeant sur le bord externe de la mâchoire; elle semblait formée aux dépens des gencives. Elle saignait sans cesse, principalement lorsqu'on la touchait; elle présentait des pulsations isochrones aux battements du cœur et de l'artère radiale; placée immédiatement sous les deux incisives et la canine du côté droit, qui étaient écartées de leurs alvéoles et vacillantes, et suivaient dans leurs mouvements ceux de la tumeur. Je diagnostiquai une épulis et résolus d'en faire la ligature. Deux heures après avoir pratiqué cette opération, je fus appelé près du malade, effrayé par un jet de sang assez fort s'échappant au-dessous de la ligature. Après avoir tenté plusieurs remèdes pour arrêter l'hémorrhagie, je ne réussis qu'après l'emploi d'un cautère chauffé à blanc, après avoir ôté les dents vacillantes pour cautériser plus profondément.

» Le malade se trouvait dans un état d'épuisement très-marqué. Huit jours après la chute de l'eschare, l'hémorrhagie reparut et fut arrêtée comme la première fois. Enfin, une troisième hémorrhagie, combattue encore cette fois avec succès par la cautérisation, me fit penser qu'il y avait chez ce malade une prédisposition particulière aux pertes de sang. En conséquence, je prescrivis l'usage interne des hémostatiques. Quelque temps après, ce malade, chez lequel l'épuisement avait encore augmenté, mourut du choléra.

» Comme dans le cas de M. Rufz, l'autopsie fit voir une excavation osseuse remplie de sang formée par le canal dentaire dilaté dans toute la longueur de la branche horizontale de la mâchoire jusqu'à la branche ascendante de cet os. Les parois intermédiaires des alvéoles des dents que j'avais ôtées n'existaient plus, tout le rebord alvéolaire du côté droit semblait aminci, et les dents de ce côté plus élevées et moins solides que du côté gauche. »

A la fin de sa lettre, M. le professeur Heyfelder dit qu'il adressera incessamment la nouvelle édition de son *Traité des résections et des amputations*. Cette nouvelle édition comprend deux cas de désarticulation coxo-fémorale pratiquée lors du bombardement de Sweaborg, en 1855.

— M. Mayor fils (de Genève), nommé membre correspondant, adresse une lettre de remercîments.

LECTURE.

M. MATTEI lit un travail qui est renvoyé à la commission chargée d'examiner les travaux de cet auteur.

RAPPORT.

M. LABORIE lit un rapport sur un *Traité pratique de l'accouchement prématuré*, par M. Silbert (d'Aix).

M. CAZEAUX approuve ce rapport, mais il établit une distinction essentielle entre l'avortement provoqué et l'accouchement prématuré dans le cas de vomissements incoercibles. Il rejette, comme il l'avait déjà fait dans une autre discussion, l'avortement provoqué, qui n'a pas toujours fait cesser les vomissements et n'a pas empêché la mort des malades.

M. LABORIE répond que dans un mémoire sur ce sujet il a exposé les idées de M. Dubois, qui a trouvé dans les vomissements incoercibles une maladie à périodes déterminées, et a proposé de leur opposer l'avortement provoqué. Dans son rapport, M. Laborie dit que M. Dubois a pu conseiller cette opération, mais que peu de praticiens se croiraient assez d'autorité pour suivre son conseil.

Les conclusions du rapport sont d'adresser des remercîments à l'auteur et de déposer son ouvrage aux archives. (Adopté.)

La Société décide, en outre, que le rapport de M. Laborie sera publié dans le *Bulletin*.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur fibreuse occupant la partie moyenne de l'os maxillaire inférieur ; résection. — M. GIRALDÈS présente, au nom de M. Houzelot (de Meaux), la pièce anatomique et l'observation suivantes :

Mme T... (de Nanteuil-sur-Marne), quarante-deux ans, constitution nervoso-sanguine, bien réglée, s'est toujours bien portée ; il n'existe dans sa famille aucun antécédent dont on doive tenir compte sous le rapport de la maladie actuelle.

En mars 1856, chute spontanée des incisives inférieures et d'une canine devenues douloureuses.

Peu de temps après, développement à la partie moyenne de l'os d'une petite tumeur qui, d'abord inaperçue, a bientôt acquis le volume d'une noisette quand elle fixe l'attention de la malade ; elle n'est pas douloureuse.

Au commencement de juillet, extraction de l'autre canine, et successivement des petites molaires ; les dents correspondantes à droite existent encore au moment de l'opération.

Jusqu'en septembre, la tumeur, qui a pris de l'accroissement, n'est pas douloureuse ; depuis cette époque elle devient le siége de douleurs,

qui bientôt prennent le caractère lancinant et sont de plus en plus vives.

Enfin, vers le 15 octobre, époque où je vis la malade pour la première fois, la tumeur a acquis le volume qu'elle présente au moment de l'opération.

Tels sont les renseignements fournis par M. le docteur Corlieu, de Charly (Aisne), qui m'adresse Mme T...

Le 15 octobre, la tumeur, arrondie, globuleuse, s'étend latéralement de la deuxième petite molaire droite à la première grosse molaire gauche. Saillante en avant, elle déprime notablement la lèvre inférieure ; plus développée en arrière, elle occupe en ce sens tout le plancher de la bouche, et refoule fortement vers le pharynx la langue qu'elle soulève. La déglutition est très-difficile, la prononciation gênée ; il y a parfois de la suffocation.

Les choses en sont à ce point de gêne, d'anxiété et de souffrance, que la malade se décide à se faire opérer ; car si la tumeur s'accroît tous les jours, les douleurs lancinantes deviennent aussi plus fortes, enfin intolérables. L'état général reste toujours bon.

Le 29 octobre, aidé de M. le docteur Corlieu, je pratique l'opération :

Les deux petites molaires droites sont préalablement extraites, la section du maxillaire a lieu, à droite, entre la première et la deuxième petite molaire, à gauche, à la hauteur de la première grosse molaire. Rien de remarquable durant l'opération. Une seule ligature est pratiquée. Le perchlorure de fer arrête un léger suintement en nappe. La langue est traversée en arrière et en bas par un fil qui, rattaché au pansement, l'empêche de se porter en arrière, ce qu'elle avait tendance à faire.

Le 2 novembre, je vois la malade ; elle n'a pas eu de fièvre. La réunion immédiate de la plaie extérieure permet d'enlever les aiguilles.

Le 6 novembre, septième jour de l'opération, la malade est aussi bien que possible ; on peut la dire guérie au point de vue de l'opération.

La circonstance la plus saillante de cette observation, c'est le développement rapide de la tumeur, qui, à peine sensible en mars, a acquis tout son volume en octobre, six mois.

M. LARREY demande à M. Giraldès si le fait do M. Houzelot ne serait pas analogue à l'un des faits rapportés par Jourdain dans son *Traité des maladies chirurgicales de la bouche.*

M. GIRALDÈS répond que dans l'observation de Jourdain il s'agissait d'une tumeur du maxillaire supérieur offrant les caractères de l'enchondrome, tandis que l'affection décrite par M. Houzelot a son siége

sur le maxillaire inférieur, et paraît être une tumeur fibro-plastique du périoste, traversée par des aiguilles osseuses.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN pense, en effet, que cette tumeur appartient au périoste, et demande si elle a été précédée de quelque violence extérieure.

M. BROCA engage M. Giraldès à faire macérer la pièce. Souvent, en pareil cas, après la séparation du tissu fibro-plastique, on trouve la surface de l'os hérissée de lamelles osseuses qui lui donnent l'aspect de certains madrépores.

M. CLOQUET. Ce fait lui rappelle une tumeur du volume d'un œuf qu'une jeune fille portait sur le maxillaire inférieur, et qui n'enveloppait pas complétement l'os. M. Cloquet l'enleva avec la portion d'os adhérente au moyen de deux traits de scie. A l'intérieur, il y avait également des aiguilles osseuses entremêlées dans le tissu fibreux. Il en est de même des tumeurs fibro-plastiques du gros orteil, simulant des exostoses sous-onguéales.

M. GIRALDÈS reconnaît la justesse de l'observation de M. Broca. Il a vu, dans la collection du Collége des chirurgiens de Londres, d'énormes tumeurs du maxillaire inférieur dont la structure avait de l'analogie avec celle qu'il vient de présenter, mais avec cette différence que les aiguilles osseuses étaient adhérentes à l'os.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 19 novembre 1856.

Présidence de M. BOUVIER, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur Porta fait hommage à la Société de son mémoire sur les tumeurs des follicules sébacés.

— La Société reçoit, en outre, les ouvrages suivants :

De la cystite cantharidienne, par M. le docteur Morel-Lavallée.

De la glycosurie physiologique des femmes en couches, des nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes, par M. le docteur Hippolyte Blot.

M. LE PRÉSIDENT remercie, au nom de la Société, les auteurs de ces envois.

— LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne ensuite lecture des deux observations suivantes, adressées par M. le professeur Fleury (de Clermont), membre correspondant.

OBS. I. — *Tumeur fluctuante au-devant du front. — Injection iodée. Guérison.*

Le 10 août de cette année, on m'a conduit à Clermont un petit enfant âgé de seize mois, qui, trente jours auparavant, avait fait, dit-on, une chute de 10 à 12 pieds de haut : il était tombé sur le front.

Avant cet accident sa santé était excellente; elle est restée bonne depuis, mais il est survenu au-devant de la tête une tumeur assez volumineuse, indolente à la pression, sans changement de couleur à la peau, qui soulevait la moitié gauche du coronal, et dans laquelle on sentait de la fluctuation.

En pressant sur cette partie de l'os, on avait la sensation d'une feuille de parchemin que l'on froisserait entre les doigts. Sur la ligne médiane, au contraire, la collection liquide paraissait sous-cutanée. La moitié droite du coronal n'avait subi aucun déplacement.

L'état général du petit malade était aussi satisfaisant que possible ; pas la moindre altération dans les facultés intellectuelles, sensitives et motrices; conservation de l'appétit et de la gaieté.

Le médecin du village qui a donné les premiers soins à l'enfant m'a dit que le premier jour il n'avait constaté l'existence d'aucun épanchement; c'est le lendemain seulement qu'il a cru reconnaître la présence d'un liquide. Plus tard, il lui a semblé que la tumeur était soulevée par des battements.

Ne voulant pas, dans la circonstance actuelle, tenter une opération, il a conseillé aux parents de m'apporter l'enfant. Ceux-ci s'adressèrent d'abord à un honorable praticien de notre ville, qui fit une piqûre à la tumeur; il n'en sortit que du sang. (Il m'a dit depuis que le bistouri n'avait fait qu'entamer la peau, et qu'il n'était point arrivé dans la cavité où existait le liquide.)

Je pratiquai avec un trocart capillaire une ponction au centre de la tumeur ; 30 à 40 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche s'échappent par la canule de l'instrument. Dès qu'il s'est écoulé, je sens très-distinctement la partie moyenne du coronal qui était masquée par la tumeur fluctuante ; sa moitié gauche, au contraire, s'affaisse et ne donne plus cette sensation de crépitation que j'ai signalée. Le

liquide était donc, en avant, placé au-devant de l'os, et situé derrière lui en arrière et à gauche.

D'où provenait-il? S'était-il formé spontanément? Venait-il des cavités ventriculaires? Était-ce la sérosité du sang qui se serait séparée du cruor à la suite d'un épanchement provoqué par la chute ?

Sa transparence et son abondance semblaient éloigner cette dernière hypothèse. D'un autre côté, comment concilier avec l'intégrité des fonctions du cerveau une hydropisie ventriculaire survenue aussi rapidement, et comment ce même liquide aurait-il pu arriver à l'extérieur sans entraîner une perturbation énorme dans les facultés motrices et sensitives ? Un épanchement de sang aurait eu les mêmes effets fâcheux.

Avant de tenter une opération, je recueillis sur un cadavre 15 grammes à peu près de liquide céphalo-rachidien, et je fis soumettre les deux produits à une analyse comparative. Le premier contenait une proportion d'albumine considérable, 40 p. 100; le second en renfermait seulement quelques traces. Il existait dans l'un et l'autre des phosphates et des chlorures alcalins.

Rassuré par cet examen, je pratique, le 19 août, dans la tumeur vidée préalablement du liquide qu'elle contient, une injection iodée composée de deux tiers d'eau et d'un tiers de teinture d'iode.

Le contact de ce mélange est très-bien supporté; je le retire au bout de trois minutes, en recommandant au médecin du village habité par l'enfant de le surveiller et de combattre l'inflammation si elle est trop forte. Il n'est survenu aucun accident.

Au bout de huit jours, les parents, effrayés, me ramènent le petit malade. La collection liquide est plus abondante qu'au moment de l'opération; mais comme elle me paraît être l'effet du travail inflammatoire survenu dans la tumeur, je les rassure, en leur recommandant de me le rapporter dans trois semaines.

Je ne l'ai revu que le 28 septembre ; il n'existe plus de liquide, mais le coronal en totalité fait une saillie marquée au-devant des pariétaux. Les parents m'assurent qu'avant l'accident la tête de leur enfant était bien conformée.

Je ne puis attribuer cette différence qu'à un dépôt de lymphe plastique, qui probablement disparaîtra avec le temps.

Cette observation m'a paru offrir assez d'intérêt pour être soumise à l'examen de mes honorables collègues de la Société de chirurgie. J'appellerai donc leur attention sur ce fait, en les priant de me don-

ner leur avis sur plusieurs questions qui me paraissent encore fort obscures.

On ne peut douter assurément que la cause de la tumeur qui s'est formée au-devant du front n'ait été la chute qu'a faite cet enfant. Mais comment s'est formé le liquide ? D'où provenait-il? Quelle en était la nature? Comment a-t-il pénétré sous la moitié gauche du coronal sans soulever la moitié opposée et les autres os du crâne? Comment expliquer un épanchement aussi prompt sans une compression du cerveau ?

L'épanchement avait-il son siége sous la dure-mère ou entre la dure-mère et les os ? En supposant qu'il se fût formé sous les os du crâne, comment le liquide s'est-il frayé une issue à l'extérieur ? La fontanelle est trop éloignée. Est-ce par la suture qui unit les deux pièces du coronal ?

Je désirerais savoir si quelques faits analogues ont été signalés.

Obs. II. — ***Fracture du fémur simulant une luxation de la cuisse en haut et en dehors.***

La rotation du pied en dedans à la suite de la fracture du col du fémur a été signalée dans tous les traités de chirurgie comme un fait exceptionnel et qui doit être bien rare, puisque Boyer dit ne l'avoir jamais observée.

Mais un raccourcissement de quatre travers de doigt, une adduction exagérée du membre pelvien en totalité peuvent être considérés comme un fait complétement anormal, et qui ne se voit que dans la luxation de la cuisse en haut et en dehors.

La pièce que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société offre un exemple très-remarquable de cette déviation. C'est à la suite d'une fracture de la base du col du fémur qu'elle s'est manifestée.

Il suffit, pour bien juger du degré de torsion du genou et du pied, de donner à la pièce la position que la tête du fémur occupe lorsqu'elle est logée dans la cavité cotyloïde ; on voit alors que la face antérieure de l'os est tournée en dedans et le bord postérieur en dehors.

Le malade, qui a été admis à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 1er juin 1856, était âgé de cinquante ans.

Il nous dit qu'il avait fait, il y a un mois, une chute de sa hauteur dans un escalier, sans pouvoir préciser cependant la manière dont il était tombé.

Ce qui frappe à première vue, c'est le raccourcissement du membre

et sa déviation en dedans, la saillie du grand trochanter et les plis que l'on remarque à la face interne de la cuisse.

Si les symptômes d'une luxation paraissent d'abord très-tranchés, un examen plus attentif jette bien quelque doute sur ce premier diagnostic. Ainsi le pli de la fesse de ce côté n'est pas plus élevé, la fesse elle-même ne forme pas une saillie plus prononcée que celle du côté opposé, la pointe de l'os que l'on sent sous la peau paraît plus superficielle et plus aiguë que le sommet du grand trochanter, la mobilité du fémur paraît plus prononcée que dans la luxation; mais la torsion du genou et du pied est tellement exagérée, que je suis plutôt tenté de croire à un déplacement de l'os en totalité qu'à sa fracture.

La réduction est opérée. Elle est difficile, douloureuse, ce qui me confirme dans ma première opinion. Le membre s'allonge cependant, mais je n'entends point le bruit caractéristique de la rentrée de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde. La cuisse est restée plus courte que l'autre. Le malade nous dit alors que depuis longtemps ce membre est un peu difforme. Est-ce dans l'intention de voir cesser les tractions? Je l'ignore.

Je crois la réduction suffisante. Mais lorsque le lendemain j'examine le membre, je retrouve le déplacement de la veille. Le doute alors n'était plus permis: c'était bien une fracture que nous avions à traiter.

Après avoir opéré une nouvelle réduction, je fixe les deux membres l'un à l'autre. Mais une eschare survenue à l'une des malléoles me force à abandonner ce moyen de contention.

Le malade, dont la constitution est détériorée, qui a été affaibli par un repos prolongé au lit, a succombé au bout de trois mois à une diarrhée dont il était atteint depuis longtemps.

A l'autopsie, nous constatons l'existence d'une fracture parfaitement consolidée. Mais les fragments ont conservé les rapports vicieux qu'ils nous ont toujours présentés, ce qui rend compte de la déviation signalée pendant la vie.

Quelques-uns des membres de la Société ont-ils observé des cas analogues à celui-ci? J'espère que l'examen de cette pièce leur offrira de l'intérêt; c'est ce qui m'engage à la leur soumettre.

M. LARREY indique une pièce du musée du Val-de-Grâce analogue à celle de M. Fleury, quant au siége de la fracture dans les trochanters et à la direction du cal anguleux, mais à un degré moindre que sur la pièce présentée à la Société.

Tumeur fongueuse des gaînes tendineuses du cou-de-pied. — M. VERNEUIL donne quelques détails sur les tumeurs fongueuses des

gaînes tendineuses qui avoisinent l'articulation tibio-tarsienne. Dans une tumeur de ce genre, qu'il a disséquée avec M. Lenoir, il a trouvé que les fongosités formaient des tumeurs fusiformes qui ne dépassaient pas les limites des gaînes synoviales des tendons. Sur un autre pied, amputé par M. Lenoir, il a trouvé la même disposition. La maladie récidiva dans les ganglions, et le malade mourut.

M. Verneuil communique ensuite l'observation suivante :

Un homme qu'il eut à soigner à l'Hôtel-Dieu, présentait au-devant des malléoles deux petites tumeurs molles, déprimées par les tendons extenseurs et le ligament annulaire. La peau était saine, les mouvements faciles; il n'y avait pas de douleurs, et il fallait une marche prolongée pour en éveiller une légère. On sentait la fluctuation de l'une à l'autre des tumeurs.

Cette affection fut regardée comme une hydropisie de la gaîne des tendons. M. Philippe Boyer avait déjà fait appliquer des vésicatoires volants, qui avaient amené une amélioration momentanée. M. Verneuil appliqua des pointes de feu. Quatre ou cinq jours après, lorsque la phlogose, suite de la cautérisation, eut cessé, la tuméfaction était presque entièrement disparue. Au bout de huit jours l'épanchement s'était reproduit. M. Verneuil le combattit par une nouvelle cautérisation suivie d'une compression méthodique, qui n'empêcha pas l'épanchement de devenir, en deux jours, plus considérable qu'avant. M. Verneuil revint aux vésicatoires volants. Mais il survint de l'inflammation à la peau, et une douleur très-vive; la tuméfaction augmenta, et la fluctuation devint évidente. Le trocart explorateur, plongé dans la tumeur interne , ne donna lieu à aucun écoulement; ce qui fit admettre l'existence de fongosités produisant une fausse fluctuation. La piqûre devint le point de départ d'une inflammation circonscrite très-douloureuse. Entraîné par l'apparence de fluctuation, M. Verneuil fit une incision dans le point où il avait fait la ponction. Il ne sortit que du sang, et il n'en résulta aucun soulagement. Mais au bout de cinq jours, un abcès, qui n'avait pas été atteint, s'ouvrit dans la plaie. Une incision, pratiquée sur la tumeur externe, donna également du pus. La douleur restait très-vive et s'accompagnait de secousses brusques et répétées dans le membre, ce qui fit croire à M. Verneuil que la maladie s'était compliquée de névrite. Divers traitements furent essayés sans succès. Enfin on remarqua un craquement articulaire dans les mouvements du pied, et M. Boyer, qui avait repris le service, fit l'amputation au lieu d'élection.

M. Verneuil présente la pièce.

M. MICHON reconnaît, dans l'intéressante observation de M. Verneuil, une tumeur blanche débutant par les parties molles extérieures à l'articulation. Cette affection peut atteindre toutes les articulations ; elle débute dans les gaînes des tendons, puis se rapproche des os, et finit par attaquer la cavité articulaire ; elle est souvent curable, mais pas toujours, et, lorsque l'articulation est atteinte, elle nécessite l'amputation.

M. Michon a guéri une semblable tumeur sur une femme au moyen de la cautérisation transcurrente. Plusieurs fois il a obtenu la guérison de semblables tumeurs, qui déjà étaient ouvertes, au moyen de cautérisations répétées ; lorsqu'elles donnent lieu à des fistules, il fend la gaîne, et enlève les fongosités ou les détruit avec le cautère.

M. VERNEUIL reconnaît qu'en effet la tumeur qu'il vient de présenter est une tumeur blanche des parties molles ; mais il fait observer qu'elle présente une forme spéciale constituée par les fongosités des synoviales tendineuses.

— M. RICHARD fait un rapport au sujet d'un mémoire de M. Rouyer *sur les tumeurs du voile du palais constituées par l'hypertrophie des glandes salivaires de cet organe.*

M. VERNEUIL cite des passages d'auteurs anciens dans lesquels cette maladie serait désignée comme siégeant dans les glandules qui avoisinent les amygdales, *glanduli juxtà tonsillas.* Il rappelle que Jourdain a rapporté deux observations de calculs dans les glandules du voile du palais, et que Syme a publié trois observations analogues à celles de M. Rouyer. Enfin, il fait observer que cette maladie est déjà décrite sous le nom d'adénome.

M. HUGUIER fait observer que ces tumeurs du voile du palais ne sont pas toujours formées par l'hypertrophie des glandules salivaires, et qu'on en trouve qui sont dues à la dilatation des cavités glandulaires distendues par un liquide filant. Il ajoute que d'autres tumeurs peuvent se rencontrer dans cette région, et que le diagnostic n'en est pas toujours facile.

A l'appui de cette assertion, il cite un cas pour lequel il fut consulté il y a quelques mois. Le malade était un jeune homme qui offrait une tumeur du voile du palais dont les extrémités se perdaient dans les piliers ; il y avait, en outre, un ganglion engorgé sous la mâchoire. D'après cela, M. Huguier pensa que cette affection était de nature cancéreuse et qu'on devait s'abstenir de l'opérer. Cependant un autre chirurgien, n'y voyant qu'une tumeur hypertrophique, en fit l'extirpa-

tion; mais bientôt il y eut récidive de la maladie sur place et dégénérescence des ganglions.

M. MICHON établit que ces tumeurs n'attaquent pas exclusivement les jeunes gens, et qu'elles peuvent se trouver ailleurs qu'au voile du palais. Il en a vu une sur la lèvre d'une vieille femme.

Après des observations présentées par plusieurs membres de la Société, il est décidé que le rapporteur présentera à la prochaine séance ses conclusions après les avoir modifiées.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

CONSIDÉRATIONS SUR LE LIEU OU IL CONVIENT D'AMPUTER LA JAMBE.

Par M. le docteur TESTA, chirurgien à Naples.

(Rapport lu par M. VERNEUIL à la Société de chirurgie, dans la séance du 24 septembre 1856.)

Cornélius Celsus a dit : ***Inter sanam vitiatamque partem caro incidenda scalpello usque ad os, et proliùs ex sanâ parte aliquid excidatur quam ex œgrâ relinquatur.***

On pourrait conclure de ce passage laconique que dans la gangrène il recommandait de couper entre la partie morte et la partie vivante. Mais ***inter sanam et vitiatam*** signifie plutôt qu'il faut couper entre la partie malade et la partie saine, physiologiquement, et de préférence sur cette dernière que sur l'autre.

Faute d'avoir donné cette signification au grand précepte de l'auteur latin, on est arrivé à cet autre principe chirurgical que dans les cas de gangrène il faut attendre que celle-ci soit limitée, et s'occuper seulement de favoriser l'élimination; ce qui n'est pas applicable à tous les cas et à toutes les espèces de sphacèle. En effet, si le précepte est acceptable dans la gangrène par inflammation, l'amputation est souvent funeste dans celle qui résulte d'absorption virulente, d'empoisonnement nerveux, si l'on peut ainsi s'exprimer, et dans laquelle la lésion locale ne tarde pas à infecter tout l'organisme.

Mais ce grand dogme d'amputer entre la partie malade et la partie physiologique, et surtout sur celle-ci, ne doit pas seulement être mis en pratique dans les cas de gangrène; il convient de l'appliquer sans

exception à toutes les amputations nécessitées par le traumatisme ou les lésions organiques, si l'on veut obtenir les meilleurs résultats et conserver le plus sûrement possible la vie des malades.

Il ne suffit pas que les tissus, dans le point où passe le couteau, soient sains en apparence, c'est-à-dire ne présentent pas de traces de désorganisation, il faut de plus qu'ils jouissent de toutes leurs propriétés physiologiques. Des exemples confirmeront mieux cette assertion que des raisonnements.

La peau doit être souple, non amincie, non enflammée; elle doit encore avoir conservé sa contractilité et sa rétractilité organiques, sans quoi, si on taille des lambeaux ordinaires sur cette peau paralysée, ils paraissent d'abord suffisants, mais lorsque survient la réaction, et avec elle l'inflammation naturelle de la plaie, la peau reprend sa contractilité et sa rétractilité perdues, se raccourcit par conséquent et devient insuffisante pour recouvrir le moignon.

Un homme affecté d'un anévrysme poplité avait été traité par la méthode de Valsalva, et localement par la glace pendant un mois.

Le résultat était satisfaisant ; la tumeur diminuait, les battements étaient très-minimes, quand, sous l'influence d'une émotion morale vive, la tumeur se rompit, et le sang s'épancha au loin dans le tissu cellulaire de la jambe. La gangrène survint en moins de douze heures, et l'amputation de la cuisse droite fut pratiquée dans la diaphyse. Aux deux premiers pansements le lambeau paraissait suffisant, mais au troisième il était déjà trop court, et le devint bien davantage après la cautérisation, de façon que l'os, dénudé, devint saillant, ce qui nécessitait ou une résection ou l'attente d'une élimination spontanée. Le malade était dans cet état à l'hôpital des Incurables, quand M. Testa cessa de l'observer.

Le tissu cellulaire sous-cutané, sous-aponévrotique, inter-musculaire doit être exempt de tout épanchement , de toute infiltration; si , en effet, il existe au point où l'on ampute de l'œdème dû à une compression veineuse ou à toute autre cause; si du sang, comme à la suite des grands traumatismes, du pus à la suite des phlegmons ont envahi le tissu aréolaire, la mort est imminente; tous les cas de ce genre que M. Testa a observés à l'hôpital des Incurables et à celui des Pèlerins se sont terminés fatalement par pyohémie ou simplement par une dépression progressive des forces.

La dilatation variqueuse des veines est une très-mauvaise condition anatomique lorsqu'elle existe dans le lieu où l'on divise le membre,

alors même qu'elle ne consiste que dans cette amplification des vaisseaux qu'on remarque à la surface des tumeurs.

Un homme, reçu à l'hôpital des Incurables, était atteint d'un énorme ostéosarcome de la diaphyse du fémur gauche. L'amputation fut faite au niveau des trochanters ; on dut conserver dans le lambeau une portion de peau dont les veines étaient dilatées. Le malade mourut de pyohémie.

M. Testa perdit dans le même hôpital et de la même maladie, un autre malade auquel il fit l'amputation de la cuisse pour une tumeur pulsative du tiers inférieur du fémur gauche. L'injection démontra que les veines de la peau étaient également dilatées.

Les artères doivent posséder leur contractilité; si elles l'ont perdue par artérite ou par dépôts calcaires, l'hémorrhagie est imminente. Il en est de même s'il existe une disposition scorbutique. Feu le professeur Nunziante Hipolito, chirurgien célèbre de Naples, connu par ses travaux sur la ligature de l'artère vertébrale et la suture des intestins, a observé un cas semblable : il avait pratiqué sur un homme l'amputation du bras pour une tumeur blanche très-avancée de l'articulation du coude. Le sujet était évidemment scrofuleux, et souffrait du cœur. Il mourut d'hémorrhagies capillaires se faisant par la plaie et se renouvelant après chaque pansement, quelque moyen qu'on employât.

Les nerfs doivent jouir de leur sensibilité; ils ne doivent être ni lésés ni atteints de commotion ou de stupéfaction, sans quoi la gangrène des lambeaux survient de suite et sans inflammation préalable, ou bien il en résulte une plaie inerte qui est bientôt envahie par la gangrène inflammatoire ou consécutive. Celle-ci, à son tour, tantôt se propage, tantôt se limite spontanément, comme M. Testa l'a constaté plusieurs fois à l'hôpital des Pèlerins, qui admet tous les cas traumatiques de la ville.

Enfin, l'état des parties dures doit surtout fixer l'attention. Il arrive souvent que des parties molles saines cachent des os qui sont malades, ce qui expose à diviser ceux-ci dans des points où ils sont altérés soit par continuité, soit par contiguïté. La nature de la maladie donne sous ce rapport des indications précieuses : ainsi dans les lésions organiques anciennes les os sont malades en général à une assez grande distance; il faut donc s'éloigner considérablement du siége du mal. Cela est vrai, surtout pour l'ostéosarcome.

Dans les affections cancéreuses des parties molles et des parties dures, l'amputation faite à une grande distance est d'autant plus nécessaire que la nutrition est pervertie au loin dans des parties qui pa-

raissent saines, et même le sont anatomiquement, mais dont les propriétés organiques sont déjà modifiées de manière à rendre la récidive très-menaçante.

De ces faits, on peut conclure que bon nombre d'amputations ont des suites fâcheuses parce qu'on n'a pas assez tenu compte soit de l'état général, soit de l'état local, c'est-à-dire des irradiations du mal et des altérations des parties sur lesquelles on fait porter la section.

M. Testa a également observé des revers dus à ce qu'on avait fait des amputations trop tardivement dans l'espoir de conserver les membres; il a vu, au contraire, feu Olivieri Pelligrini et d'autres guérir des amputations du bras, de la cuisse, de la jambe à toutes les hauteurs, des résections de tête de l'humérus et d'autres os, et jusqu'à une désarticulation du genou, à l'hôpital des Incurables, même alors qu'il s'agissait de cas traumatiques.

Avant d'appliquer les considérations précédentes à l'importante question des amputations de la jambe, il est nécessaire de rappeler la forme de ce membre dans deux cas :

1° Il se compose de trois cônes superposés, l'inférieur et le moyen s'unissent par leur sommet, tandis que ce dernier et le supérieur se réunissent par leur base dans le mollet. Cette configuration conduit à tenir lo moignon étendu dans la jambe artificielle et à prendre le point d'appui sur les condyles du tibia, ce qui empêche les distensions et les tiraillements de la cicatrice.

2° Les choses se passent différemment lorsque par défaut d'action la jambe s'est atrophiée ; elle ne représente plus qu'un seul cône renversé, comme cela arrive presque toujours lorsque l'on en vient à l'amputation. Si alors on prend un point d'appui sur les condyles du tibia, la cicatrice est tiraillée ; il survient des douleurs, des excoriations et quelquefois l'impossibilité absolue de marcher.

M. Testa a observé un cas qui confirme entièrement ce que disait M. Larrey de l'Arabe amputé dont il rapportait l'observation.

Le sujet, qui se trouve maintenant à l'hôpital civil de Tarente, avait subi l'amputation des deux jambes pour une gangrène. Il ne put se servir des appareils usités pour l'amputation sus-malléolaire; il en vint à prendre son point d'appui sur les genoux, comme dans l'ancienne amputation, et enfin ne put jamais marcher sans béquilles.

A la vérité, ce résultat fâcheux ne doit pas seulement être attribué à l'état défectueux de la cicatrice, mais aussi à un défaut d'équilibre résultant des oscillations continuelles du centre de gravité.

En regard des principes qui viennent d'être énoncés, et qui sont

tirés de l'état anatomique et physiologique du membre, il faut mettre un autre principe non moins puissant, et qui a été à juste titre rappelé par plusieurs membres, dans cette discussion, savoir : que la mortalité est d'autant moindre que l'on s'éloigne davantage du tronc. Lorsque ces deux considérations sont sérieusement rapprochées et pesées, on s'aperçoit qu'il est tout à fait inutile de discuter s'il convient de couper la jambe au tiers inférieur ou au tiers supérieur; il suffit que l'amputation soit faite à la fois le plus loin possible du tronc et dans l'endroit où l'intégrité des parties détournera les chances de mort énoncées plus haut.

D'où cette conclusion : qu'il n'y a pas de lieu d'élection pour l'amputation de la jambe; qu'il faut avant tout sauver les jours du malade, et ne s'occuper qu'en second lieu de la commodité ultérieure de tel ou tel moignon.

Quant à l'appareil que M. Testa emploie à la suite de l'amputation sus-malléolaire, il diffère à peine de ceux que fabrique M. Charrière, si ce n'est que le long moignon, au lieu d'être flottant et mobile dans la portion jambière de l'appareil, est doucement maintenu dans l'immobilité.

SUR LA MÉTHODE DE GALVANO-CAUSTIQUE

de M. Albrecht Middeldorpf (de Breslau).

(Extrait du rapport lu à la Société de chirurgie le 5 novembre 1856, par M. P. Broca.)

Personne n'ignore que les courants galvaniques ont la propriété d'échauffer les conducteurs qu'ils traversent, et que le dégagement de calorique peut être porté assez loin pour rougir à blanc et même pour fondre un fil de platine. Il est donc naturel que beaucoup de chirurgiens aient songé à pratiquer des cautérisations au moyen de la chaleur galvanique; mais la plupart des expérimentateurs, peu satisfaits des résultats, ou découragés par les difficultés d'exécution, avaient fini par renoncer à la cautérisation électrique, lorsque M. Middeldorpf entreprit ses importantes recherches. Grâce aux efforts persévérants de ce savant, aussi ingénieux qu'habile, la galvano-caustique est aujourd'hui une méthode régulière, féconde en applications, et digne de prendre

place parmi les plus précieuses innovations de la chirurgie contemporaine.

Le cautère galvanique peut, dans tous les cas, remplacer, et presque toujours avec avantage, le cautère actuel; il permet en outre de pratiquer sans effusion de sang plusieurs opérations dans des régions à peu près inaccessibles jusqu'ici au fer rouge et aux caustiques.

Qu'un conducteur ou rhéophore parfaitement homogène, un fil métallique par exemple, soit mis en communication avec les deux pôles d'une pile, les deux électricités contraires se précipitent l'une vers l'autre sous forme de courant continu, et le fil s'échauffe aussitôt d'une manière uniforme dans toute son étendue. En quelques secondes, il acquiert une certaine température qui ne varie plus pendant toute la durée du courant.

La quantité du calorique dégagée est extrêmement variable. Quelquefois, l'élévation de température est à peu près inappréciable; d'autres fois, elle peut aller jusqu'à faire fondre le platine. Tout dépend de la nature de la pile et de celle du rhéophore.

Plus la source de l'électricité est abondante, plus les effets calorifiques sont prononcés; or, l'intensité d'une pile est en rapport avec l'étendue en surface des éléments de chaque couple. Il faut donc prendre des piles à grandes surfaces pour pratiquer la cautérisation galvanique. M. Middeldorpf a donné la préférence à la pile de Grove, dont les éléments sont disposés comme dans les couples de Bunsen, avec cette différence, toutefois, que le cylindre de charbon est remplacé par plusieurs minces lames de platine entre-croisées en étoile, de manièr à fournir une très-grande surface dans un espace assez restreint.

Pour que la température s'élève d'une manière notable, il faut que le courant rencontre un obstacle et qu'il le surmonte. Ainsi, avec la même pile, un gros fil s'échauffe beaucoup moins qu'un fil plus petit composé du même métal, parce que la résistance que le rhéophore oppose au passage de l'électricité est d'autant plus grand que le fil est moins gros. On a même démontré que le dégagement de la chaleur augmente en raison inverse de la quatrième puissance du diamètre du fil. Par exemple, un fil de 1 millimètre de diamètre s'échauffe seize fois plus qu'un fil de 2 millimètres (lois de Riess).

Pour le même motif, les métaux mauvais conducteurs, comme le platine, s'échauffent plus aisément que les bons conducteurs, comme le cuivre ou le fer.

Enfin, lorsque le rhéophore n'est pas homogène, la chaleur se pro-

duit presque exclusivement dans les points où l'électricité rencontre le plus d'obstacles.

Tous les cautères de M. Middeldorpf sont formés d'une pièce de platine (lame ou fil) mise en communication avec les pôles au moyen de deux conducteurs de cuivre : avec la même pile, en faisant varier le volume et la nature des rbéophores, on peut obtenir des effets caloriques très-différents.

Mais il ne suffit pas que l'électricité rencontre un obstacle, il faut encore qu'elle puisse le surmonter; car sans cela le courant n'aurait pas assez de force pour cbauffer le rhéopbore. Or, la propriété de surmonter la résistance des conducteurs ne dépend pas de l'intensité de la pile, mais de la tension. La tension, c'est-à-dire la force avec laquelle les électricités des deux pôles tendent à se précipiter dans le rhéophore, est indépendante de l'étendue de chaque couple; elle est proportionnelle au nombre des couples. Par conséquent, lorsqu'on veut obtenir des effets caloriques puissants, il faut avoir soin d'augmenter le nombre des couples à mesure qn'on prend des rhéophores moins volumineux, c'est-à-dire plus résistants. Il résulte clairement de ce qui précède que la même pile ne peut pas servir pour chauffer indistinctement tous les rbéopbores. Quand le conducteur est gros, il n'est pas nécessaire que la pile ait beaucoup de tension; mais il faut qu'elle ait beaucoup d'intensité. Pour les conducteurs de petit diamètre, au contraire, on peut se contenter d'une pile peu intense, pourvu qu'on ait soin d'employer plusieurs couples afin d'avoir une forte tension.

Or, il est indispensable pour pratiquer dans les divers cas la cautérisation galvanique, de pouvoir cbauffer à blano des conducteurs de volume très-variable. Il faut donc que le cbirurgien ait à sa disposition plusieurs piles de tension et d'intensité différentes, et cette complication instrumentale aurait certainement beaucoup nui à la vulgarisation de la galvano-caustique, si M. Middeldorpf n'avait heureusement réussi à remplir toutes les indications au moyen d'un seul appareil électrique. Quatre couples ou éléments de Grove, hauts de 6 pouces et demi et larges de 4 pouces et demi (mesures rbénanes; un pouce fait un peu plus de 26 millimètres), sont disposés daus une boîte à quatre compartiments. Au milieu de la boîte, entre les quatre couples, est situé le commutateur, petit appareil où sont placés les deux pôles, et qui est destiné à combiner les couples de plusieurs manières pour faire varier à volonté la tension et l'intensité de la pile.

Le commutateur se compose d'une cuvette à buit trous et de trois couvercles différents. Les buit trous de la cuvette sont pleins de mer-

cure; ils sont parfaitement isolés de leurs voisins, et chacun d'eux communique, par un gros conducteur, avec l'un des zincs ou l'un des platines des couples. Il y a donc quatre trous zinc et quatre trous platine. Chaque couvercle porte huit petites fiches métalliques qui pénètrent dans les huit trous de la cuvette et se mettent en contact avec le mercure ; ces fiches enfin sont reliées entre elles deux à deux ou quatre à quatre, au moyen d'une armature métallique diversement disposée dans les trois couvercles. L'armature du couvercle nº 1 est construite de telle sorte que les zincs et les platines se succèdent et s'entre-croisent un à un. L'appareil forme ainsi une pile à quatre couples, dont l'intensité est représentée par la surface de chaque couple considéré isolément, et dont la tension est représentée par quatre, puisque les couples sont au nombre de quatre. Le couvercle nº 2 combine successivement deux zincs, puis deux platines, puis encore deux zincs, et enfin les deux derniers platines; les quatre couples par conséquent n'en forment plus que deux, dont la surface est devenue deux fois plus grande; l'intensité se trouve donc doublée, tandis que la tension est diminuée de moitié. Le couvercle nº 3, enfin, marie tous les zincs ensemble et tous les platines. Il ne reste donc, en réalité, qu'un seul couple dont la surface, c'est-à-dire l'intensité, se trouve représentée par quatre, et dont la tension se trouve réduite à un. Un simple changement de couvercle permet de remplir avec autant de facilité que de simplicité toutes les indications de la galvano-caustique.

Voyons maintenant comment M. Middeldorpf a disposé les instruments destinés à appliquer sur les tissus la chaleur galvanique. Deux tiges de cuivre fixées sur le commutateur, l'une au pôle zinc ou pôle positif, l'autre au pôle platine ou pôle négatif, viennent faire saillie à l'extérieur de la boîte. Chacune d'elles donne insertion à un gros conducteur flexible, long de près de deux mètres, et composé de huit fils de cuivre entourés de soie. L'extrémité libre de chaque conducteur aboutit à une douille de cuivre dans laquelle on fixe, au moyen d'une simple vis de pression, les divers cautères dont on veut se servir. Les cautères de M. Middeldorpf sont nombreux et variés. Tous se composent d'un manche en ivoire ou en ébène, parcouru dans sa longueur par deux tiges de cuivre parfaitement isolées. Ces deux tiges sortent du manche par l'une de leurs extrémités pour être reçues dans la douille qui termine chaque conducteur. Leur autre extrémité fait également saillie en dehors du manche et supporte l'armature de platine. Celle-ci, dont la forme varie beaucoup, peut toujours, en définitive, être considérée comme une anse insérée par ses deux bouts sur l'extrémité des

tiges précédentes. Lorsque le manche est fixé sur les grands conducteurs, le courant galvanique parcourt les deux tiges et le circuit se trouve fermé au moyen de l'anse de platine qui s'échauffe seule, en vertu des lois qui ont été exposées plus haut. C'est elle, en effet, qui, à cause de son moindre volume, et de la nature du métal qui la compose, constitue la partie du circuit la plus résistante, c'est-à-dire celle où le courant passe le plus difficilement.

Une des tiges qui traverse le manche est coupée dans un point de sa longueur, et on peut à volonté, au moyen d'un bouton, d'un coulant ou d'une bascule, ouvrir ou fermer le circuit galvanique qui dégage la chaleur; avantage inappréciable qui permet de manier les cautères de M. Middeldorpf avec une tranquillité et une précision bien différentes de la précipitation inséparable jusqu'ici de la cautérisation au fer rouge. Par exemple, lorsqu'on veut cautériser le fond d'une cavité, on introduit l'instrument à froid lentement, doucement; puis, lorsqu'on s'est bien assuré par la vue, par le toucher ou par tout autre moyen, qu'il est exactement en place, on appuie sur le bouton ou sur le coulant, et deux ou trois secondes après la cautérisation commence. De même, lorsqu'on veut retirer l'instrument, on pousse le coulant en sens inverse, et au bout d'un temps fort court le cautère est suffisamment éteint.

Le calorique renaissant à mesure qu'il se dépense, on peut, sans retirer l'instrument, cautériser les tissus jusqu'à une profondeur en quelque sorte indéfinie. Opère-t-on dans le fond d'une cavité? On peut, bien mieux qu'avec le cautère actuel, protéger les parties environnantes; on peut même, sans arrêter la cautérisation, lancer un jet d'eau froide sur les tissus qu'on veut soustraire aux effets du rayonnement. Le cautère électrique, enfin, répand autour de lui une lumière si éclatante, qu'il permet d'éclairer parfaitement le fond d'un spéculum et de prendre une exacte connaissance de l'état des parties qu'on se propose de cautériser.

C'est la disposition de l'armature de platine qui établit entre eux les principales différences des cautères de M. Middeldorpf. Dans le galvano-cautère, l'armature de platine est constituée par une lame de platine large de 3 à 4 millimètres, recourbée en anse, et dont les deux branches sont situées dans le même plan, de manière à former un fer à cheval très-étroit.

Cet instrument appliqué à plat, produit une eschare de 7 à 8 millimètres de diamètre; appliqué sur la pointe, il sert à pratiquer la cautérisation pointillée; enfin, appliqué sur l'un de ses bords, il fournit

une eschare linéaire. Il remplace le cautère cultellaire pour la cautérisation transcurrente ; au moyen d'une légère pression, on peut le faire pénétrer à une grande profondeur, soit pour ouvrir les abcès, soit pour disséquer et enlever les tumeurs sans écoulement de sang. Telle est la puissance de ce cautère qu'il peut, en quelques secondes, traverser une planche de chêne de plusieurs centimètres d'épaisseur. Dans le cautère en coupole, l'armature consiste encore en une lame de platine recourbée sur le plat, de telle sorte que ses deux branches ne sont plus dans le même plan. La surface cautérisante a ainsi moins de largeur, mais elle a beaucoup plus d'épaisseur et fournit un rayonnement plus considérable. Ces deux cautères réclament l'emploi de la pile la plus intense qu'on obtient au moyen du couvercle nº 3. Ni l'un ni l'autre, cependant, ne peuvent remplacer les grosses boules de fer rougies au feu, qui brûlent d'un seul coup les tissus dans une grande étendue. Pour remplir cette indication, il faut se servir du cautère en porcelaine. Dans ce dernier cautère, l'armature est constituée par un fil de platine qui s'enroule en spirale autour d'une boule de porcelaine grosse comme le bout du doigt, ou même plus grosse encore. La porcelaine étant mauvais conducteur de l'électricité, le courant galvanique parcourt toute la spirale de platine qui devient instantanément incandescente, et qui, en quelques secondes, chauffe à blanc la boule de porcelaine. Ce cautère réclame l'emploi de la pile à forte tension (couvercle nº 1); cependant on peut le chauffer au rouge sombre avec le couvercle nº 2, ce qui est préférable dans quelques cas, notamment lorsqu'on se propose d'arrêter certaines hémorrhagies artérielles.

On se sert de fils de platine pour faire plusieurs petites cautérisations qu'il était jusqu'ici ou très-difficile ou tout à fait impossible d'exécuter au moyen du cautère actuel. Pour cautériser les tumeurs érectiles, on les transperce avec un ou plusieurs fils, en manière de séton, puis on touche simplement les deux extrémités de chaque fil avec les deux gros conducteurs de la machine. La cautérisation commence aussitôt, et on l'arrête instantanément lorsqu'on juge qu'elle est suffisante. Pour cautériser l'intérieur d'un trajet fistuleux ou d'un conduit comme le canal nasal, on introduit à froid, et avec précaution, jusqu'au fond du trajet, une anse de platine très-étroite, dont les deux chefs, sortant par l'orifice extérieur, sont mis ensuite en communication avec les deux rhéophores de l'appareil. Si le trajet ou le conduit est très-profond, on peut craindre que les deux chefs de l'anse ne se touchent dans leur longueur, ce qui empêcherait le courant électrique de parcourir l'anse jusqu'à son extrémité. Pour obvier à cet inconvé-

nient, on peut disposer les deux chefs le long d'un petit stylet d'ivoire qui les isole. Deux petites tiges de platine, réunies en angle très-aigu, forment l'armature de l'instrument destiné à cautériser les dents. Pour cautériser les rétrécissements de l'urètre, M. Middeldorpf a fait construire une algalie composée de deux demi-cylindres de cuivre que sépare une mince couche isolante. Un court stylet de platine formé de deux moitiés isolées dans leur trajet, et unies seulement à leur extrémité terminale, est fixé au bout de l'algalie. L'instrument est introduit à froid dans l'urètre ; le stylet de platine est poussé avec précaution dans le rétrécissement, puis on met l'algalie en communication avec les deux conducteurs de la pile (couvercle nº 2). La chaleur se produit aussitôt, et se produit exclusivement dans l'armature de platine, c'est-à-dire au niveau du rétrécissement. Le reste de l'urètre échappe ainsi à la cautérisation.

Le plus important peut-être des cautères de M. Middeldorpf est celui qui est destiné à couper sans hémorrhagie le pédicule des tumeurs situées dans les cavités profondes, telles que le vagin, le rectum, le pharynx et même le larynx ; car M. Middeldorpf a opéré avec succès un polype de l'extrémité supérieure de ce dernier organe. Un fil de platine est d'abord passé autour du pédicule de la tumeur ; puis, lorsqu'on est certain qu'il est bien en place, on saisit les deux chefs qui sont libres à l'extérieur, et on les introduit dans une sorte de serre-nœud en cuivre. Ce serre-nœud, assez long pour arriver jusque sur la tumeur, est formé de deux tiges isolées, et porte à son extrémité deux trous distincts pour recevoir les chefs de l'anse de platine. Ceux-ci viennent se fixer sur le manche autour d'une petite manivelle jusqu'à ce que le serre-nœud soit arrivé sur la tumeur, qui se trouve ainsi étreinte par le fil. Le manche est alors mis en communication avec les deux conducteurs (couvercle nº 1). On s'assure de nouveau que le fil est bien en place, et on pousse le coulant du manche afin de fermer le circuit. La cautérisation commence aussitôt; la chaleur ne se produit que dans la partie de l'anse de platine qui est située au delà du serre-nœud et qui embrasse la tumeur. On tourne lentement la manivelle, afin de ne pas couper trop promptement le pédicule et d'éviter l'hémorrhagie. Si, malgré cela, la section marchait trop vite, on substituerait le couvercle nº 2 au couvercle nº 1, afin de diminuer la tension de la pile. Suivant le volume du pédicule de la tumeur, la durée de l'opération varie de une à quatre ou cinq minutes. Ce cautère, destiné à couper les tissus par cautérisation, est désigné par M. Middeldorpf sous le nom d'anse coupante galvano-caustique.

Pour donner une idée des effets de l'anse coupante, M. Middeldorpf a pratiqué deux amputations de cuisse sur un lapin. La première amputation, faite avec la combinaison du couvercle nº 1, c'est-à-dire avec la pile à forte tension, fut achevée en trois minutes environ; mais la section avait été trop rapide, et l'artère fémorale fournit une hémorrhagie considérable.

La seconde amputation fut faite avec la pile à moyenne tension (couvercle nº 2). Cette fois la section fut achevée seulement au bout de cinq à six minutes, et il n'y eut aucune hémorrhagie. Ainsi il importe, lorsqu'on veut éviter l'écoulement du sang et lorsqu'on suppose que le pédicule de la tumeur renferme des artères un peu grosses, il importe, dis-je, de ne pas chauffer trop fortement le fil, et pour cela on doit donner la préférence à la combinaison nº 2.

Immédiatement après l'amputation sur ce lapin, M. Broca a examiné la surface de la plaie : elle était presque aussi nette que si l'opération avait été faite au moyen du bistouri. Elle était chaude et parfaitement sèche, et pourtant elle ne paraissait pas escharifiée, car elle présentait la couleur naturelle de la chair du lapin. L'animal survécut plus de quatre jours.

A l'autopsie, M. Broca reconnut une eschare très-régulière, ayant une épaisseur uniforme de 1 millimètre. Ainsi, on peut dire que l'anse coupante ne produit que des eschares fort minces. L'artère fémorale était oblitérée par un caillot long de 5 à 6 millimètres, et il n'y a vraiment pas lieu de redouter beaucoup la production des hémorrhagies consécutives.

Trois malades de mon service, ajoute M. Broca, ont été soumis à la cautérisation galvanique. M. Middeldorpf a cautérisé lui-même en ma présence le col de l'utérus sur une femme qui avait déjà deux fois été cautérisée au fer rouge. Il s'est servi du cautère à porcelaine. Il a ensuite cautérisé avec le cautère en coupole une large fistule recto-vaginale sur une femme qui avait déjà été opérée ou cautérisée plusieurs fois par M. Guérin. Enfin, j'ai moi-même cautérisé une hémorrhoïde interne sur un malade atteint d'hémorrhoïdes depuis plusieurs années, très affaibli par des hémorrhagies qui, depuis dix-huit mois, ne lui laissaient aucun repos, et qui lui faisaient perdre quelquefois deux ou trois verres de sang par jour. A l'extérieur, on n'apercevait que trois petites tumeurs dures, indolentes, qui n'avaient jamais flué. Le sang venait d'une tumeur hémorrhoïdale grosse comme une amande, située à la partie postérieure de l'anus, à 2 centimètres environ au-dessus du sphincter. Cette hémorrhoïde n'était jamais sortie, et pour l'attirer à

l'extérieur il aurait fallu la saisir avec une pince de Museux. On aurait pu, à la rigueur, la cautériser en introduisant un fer rouge jusqu'au-dessus du sphincter; mais on aurait brûlé la muqueuse dans toute la circonférence de l'anus, ce qui aurait exposé à la formation ultérieure d'un rétrécissement. J'aurais peut-être hésité dans le choix du procédé opératoire si la galvano-caustique ne m'avait offert une ressource précieuse. J'introduisis d'abord dans l'anus une demi-valve en buis destinée à protéger la paroi antérieure de l'anus et du rectum, puis j'allai reconnaître avec l'index de la main gauche la situation de la tumeur hémorrhoïdale, et je fis pénétrer jusqu'à ce point la boule du cautère à porcelaine. Je m'assurai une seconde fois que l'instrument était bien en place, qu'il cautériserait bien la tumeur, et rien que la tumeur. Après avoir pris toutes ces précautions, je poussai le bouton du manche, et aussitôt la cautérisation commença. On voyait quelques vapeurs s'échapper de l'anus, et on entendait le bruit particulier qui accompagne la combustion des tissus. Au bout d'à peu près dix secondes, sans déranger le cautère, je coupai le courant. Presque immédiatement le bruit s'arrêta, et une demi-minute après environ, je retirai l'instrument, dont la boule, déjà suffisamment refroidie, franchit l'ouverture anale sans la cautériser. Il ne survint aucun accident. Le malade fut tenu au lit pendant quelques jours, puis il commença à se promener. Il quitta l'hôpital quinze jours après l'opération.

La galvano-caustique a déjà reçu de très-nombreuses applications, et on est surtout frappé de l'innocuité des opérations pratiquées par cette méthode. Elle ne met pas seulement à l'abri des hémorrhagies primitives, elle paraît encore conjurer le danger des hémorrhagies consécutives. En outre, M. Middeldorpf n'a jamais vu survenir l'érysipèle ni l'infection purulente, et il est dès lors disposé à substituer au bistouri le galvano-cautère ou cautère tranchant dans l'ablation d'un grand nombre de tumeurs tant superficielles que profondes. Cette dernière question ne pourra être jugée que par une longue expérience, car ces deux accidents, surtout le dernier, viennent quelquefois compliquer les brûlures ordinaires, et il serait fort étonnant que la galvano-caustique en rendît le développement impossible.

Quoi qu'il en soit, la galvano-caustique est et restera une ressource très-précieuse. Quand même elle n'aurait pas l'avantage considérable de faciliter le maniement du feu et d'en élargir la sphère d'application, elle aurait toujours une grande supériorité sur le fer rouge, parce qu'elle est incomparablement moins effrayante pour les malades; elle supprime cet appareil terrible inséparable de la cautérisation ordinaire.

Séance du 26 novembre 1856.

Présidence de M. BOUVIER, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. LARREY présente un militaire qui pendant la campagne de Crimée a eu les deux pieds gelés; la gangrène s'empara des orteils, et l'on fut contraint de les lui amputer des deux côtés. Bientôt la pourriture d'hôpital se déclara dans la plaie du pied gauche, et causa de tels ravages qu'il fallut recourir à l'amputation médio-tarsienne ; la nouvelle plaie fut encore envahie par la pourriture , et l'on amputa la jambe au tiers inférieur. Enfin, une nouvelle rechute de pourriture d'hôpital, détruisant profondément les parties et causant des hémorrhagies graves, mit le malade dans la nécessité de subir une nouvelle amputation au lieu d'élection. A partir de ce moment , il n'y eut plus d'accidents , et la guérison eut lieu.

A propos de ce fait, M. Larrey se demande si l'amputation de la jambe au tiers inférieur n'exposerait pas à la pourriture d'hôpital, plus que l'amputation au lieu d'élection.

La plaie du pied droit résultant de l'amputation des orteils a guéri sans accidents ; mais le pied s'est renversé en dedans , et il s'est produit un pied-bot varus à un faible degré.

M. Larrey demande à M. Verneuil si , dans ses recherches sur les amputations partielles du pied, il a signalé des cas semblables, et comment il les explique.

M. VERNEUIL répond qu'il avait déjà signalé le renversement du pied en dedans à la suite des amputations partielles , et qu'il avait cru pouvoir l'expliquer par la destruction du tendon du long péronier latéral et par la disposition du squelette du pied , qui présente à la partie interne les saillies du premier métatarsien et du premier cunéiforme sur lesquelles repose le poids du corps après ces amputations. Mais l'observation est venue démentir la théorie en montrant que le renversement avait lieu, même dans les cas où le tendon du long péronier était conservé, comme dans le cas actuel, où tous les tendons qui produisent l'adduction et l'abduction sont intacts. Ce renversement du

pied paraît donc à M. Verneuil un fait inexplicable avec les notions qu'on possède sur la statique du pied.

M. LARREY demande à M. Verneuil à quelle hauteur M. Boyer a fait l'amputation de la jambe sur le malade dont il a parlé dans la dernière séance.

Sur la réponse que cette amputation a été faite au lieu d'élection, il demande pourquoi M. Boyer a choisi ce point du membre.

M. VERNEUIL répond que M. Boyer ampute rarement la jambe au-dessus des malléoles, et que, du reste, dans le cas en question, l'altération remontait jusqu'au tiers moyen du membre.

— M. RICHARD fait connaître les conclusions de son rapport sur le mémoire de M. Rouyer.

Ces conclusions sont :

1° D'adresser des remerciments à l'auteur;

2° D'insérer son mémoire dans le *Bulletin*.

La Société adopte ces deux conclusions, et décide en outre que le rapport de M. Richard sera imprimé avec le travail de M. Rouyer.

RAPPORT.

M. A. RICHARD. Messieurs, un élève en médecine, M. J. Rouyer, vous a lu le 9 juillet dernier un mémoire *sur les tumeurs du voile du palais constituées par l'hypertrophie des glandules salivaires de cet organe*. Vous m'avez chargé, avec nos collègues MM. Robert et Verneuil, de vous en rendre compte.

Je me propose de vous rappeler d'abord l'intéressant sujet traité par M. Rouyer, puis d'apprécier la part méritante qui dans ce travail revient à notre jeune futur confrère.

L'histoire des tumeurs glandulaires hypertrophiques du voile du palais ne date pour ainsi dire que d'hier.

En 1847, M. Récamier adressa à M. Nélaton une religieuse de là petite ville d'Orbec. Cette dame, âgée de vingt-huit ans, portait une tumeur de la grosseur d'une noix qui remplissait l'arrière-bouche, et, déprimant le plancher lingual, venait s'appliquer jusque sur l'épiglotte à l'entrée du larynx. Aussi la phonation était à peu près impossible, et la gêne extrême de la respiration accusait un danger pressant.

Malgré l'époque fort éloignée déjà qui avait marqué le début de cette maladie, malgré l'âge de la malade, l'absence d'engorgement ganglionnaire, et d'autres symptômes assez rassurants, MM. Nélaton, Michon et Récamier crurent à l'existence d'un cancer, et, devant la gravité du

cas, arrêtèrent le plan d'une opération purement palliative, qui, moitié par des incisions, moitié par une ligature, devait sacrifier la plus grande partie du voile palatin.

M. Nélaton tenait le bistouri; mais, après la première incision, il s'aperçut que la tumeur, au lieu de faire corps avec le voile du palais, était libre. Aussi fut-elle enlevée en entier, non sans de notables difficultés; la malade guérit promptement, et reste présentement guérie, au bout de huit années. La tumeur, disséquée et examinée avec soin, ne laissa voir dans sa structure qu'un développement morbide des glandes du voile.

Depuis cette première observation, messieurs, qui vous fut dans le temps communiquée, une dizaine de faits analogues ont été observés par plusieurs chirurgiens, et spécialement par quelques-uns des membres de cette Société, MM. Nélaton, Michon, René Marjolin.

Recueillir et comparer tous ces faits, tel est le travail de M. J. Rouyer.

Or, très-heureusement, ils se ressemblent tous, formant un groupe naturel d'affections dont les caractères sont très-tranchés; et, ce qui est plus heureux encore, quand le diagnostic de ces tumeurs est établi, et il l'est presque toujours facilement, leur traitement est simple, radical, innocent.

Esquissons en deux mots leur physionomie habituelle.

Ces tumeurs se rencontrent chez des personnes encore jeunes de l'un et de l'autre sexe; cette remarque paraîtrait naïve si des affections, voisines de celles-ci par leur siége, bénignes aussi par leur nature, les polypes naso-pharyngiens, n'avaient jusqu'ici offert cette curieuse particularité de ne s'être montrées que chez des hommes.

Le point de départ de nos tumeurs, c'est le voile du palais. Si dans la suite du développement une portion de la voûte palatine semble prise, c'est par la nécessité où se trouve le produit morbide de se loger dans le voisinage de son point de départ.

Ces tumeurs se développent avec une lenteur extrême, et souvent plus de dix années se sont écoulées avant que leur volume obligeât les malades à consulter un médecin. Aussi celui-ci ne les voit guère que quand elles forment une masse notable dans la bouche; c'est, du reste, en cet état qu'il est le plus utile de les bien connaître, le plus urgent de les guérir.

Sous une muqueuse habituellement d'aspect normal, quelquefois un peu plus rouge, se dessine une tumeur régulièrement arrondie; elle remplit la bouche sans saillir du côté des arrière-narines, car le plan

musculaire et aponévrotique qui est au-dessus d'elle borne ses progrès par en haut : elle s'arrête également devant une autre limite, c'est la ligne médiane du voile palatin, c'est-à-dire la petite bande fibreuse qui va de l'épine nasale postérieure à la luette. Aussi n'y a-t-il jamais qu'une seule moitié du voile qui soit envahie, l'autre moitié étant plus ou moins refoulée, mais non entièrement effacée par l'extension du mal.

De cette limitation si précise, l'un des meilleurs éléments du diagnostic, découle un autre caractère plus précieux eucore, car il domine le traitement opératoire, je veux parler de l'isolement absolu de ces tumeurs entre le plan muqueux et le plan musculaire, de leur enkystement, et partant, de leur facile énucléation.

Enfin, leur consistance ferme, leur surface légèrement grenue, leur indolence absolue, achèvent de rapprocher ces hypertrophies glandulaires palatines des tumeurs mammaires chroniques, type de ces sortes d'affections.

La structure vient consacrer ce rapprochement. La dissection montre, à l'extérieur, une poche de tissu cellulaire lamelleux enkystant la masse; à l'intérieur, la coupe jaune grisâtre des tumeurs bénignes du sein et la séparation du tissu par de petites cloisons en lobes et lobules.

L'histologie de ce tissu a été présentée par M. Ch. Robin avec sa précision habituelle. Presque toute la masse est formée de culs-de-sac glandulaires hypertrophiés, tapissés d'épithélium presque toujours nucléaire. Quelques éléments fibro-plastiques se rencontrent accessoirement, et aussi, par accident, de petites concrétions calcaires.

Dans toutes les observations rapportées, l'opération a été d'une grande simplicité.

Une incision généralement simple étant pratiquée dans le sens antéro-postérieur, par la rétraction naturelle de la muqueuse, une portion de la face libre de la tumeur est mise à nu, comme on le voit pour la grenouillette, par exemple.

L'énucléation peut alors se faire par la simple action de l'index, ou, si besoin est, d'une spatule, sinon quelques coups de bistouri font justice des adhérences un peu plus fortes.

L'hémorrhagie est nulle ou à peine sensible ; les suites présentent l'innocuité de la plupart des opérations sanglantes, pratiquées dans l'intérieur de la bouche; la cicatrisation est complète avant un mois écoulé, et jusqu'ici on ne saurait citer un seul cas de récidive.

Messieurs, l'intérêt qui s'attache à la connaissance de cette nouvelle maladie est considérable : les chirurgiens sauront désormais à la vue de ces tumeurs, repousser l'idée de cancer qu'elles faisaient naître, ras-

surer les malades et souvent les médecins, enfin, surtout, faire entrevoir une guérison certaine au prix d'une opération facile et sans danger.

En dehors de la pratique, c'est une page à ajouter à l'histoire des tumeurs glandulaires, non-seulement pour son histologie, mais en vue surtout de leur interprétation pronostique.

Tel est en effet le progrès immense imprimé dans ces dernières années à l'anatomie pathologique, d'avoir montré qu'une grande partie des tumeurs est constituée par une maladie des glandes de la peau ou des muqueuses, maladie s'accompagnant presque toujours d'un développement anormal en volume ou en nombre des éléments anatomiques des glandes. Déjà plusieurs se sont élevés contre la dénomination d'hypertrophies glandulaires imposée à ces tumeurs par les laborieux fondateurs de la micrographie contemporaine. Cette dénomination est vicieuse en anatomie pathologique, car la transformation fibreuse des parois des culs-de-sac, l'infiltration des épithéliums altérés qui pullulent et gorgent ces conduits, et souvent même l'aspect le plus grossier de la coupe, jurent contre cette expression d'hypertrophie ; mais elle est plus vicieuse encore en pathologie et en clinique. Si ces tumeurs glandulaires comprennent en effet la grande majorité de celles qui méritent le nom de bénignes, elles en comprennent d'autres aussi à la peau, au sein, au foie, dans l'utérus, dans le rectum, qui sont assimilables aux cancers les plus malins.

Messieurs, le travail de M. Jules Rouyer est de ceux que nous devons le plus encourager de la part d'un élève. Il a recueilli avec une exactitude parfaite toutes les observations publiées ou non sur un point nouveau de chirurgie. Et certes c'est la façon la plus fructueuse dont un jeune homme puisse servir la science et s'essayer pour plus tard à des œuvres originales.

— M. RICHET prend la parole au sujet de la première observation de M. Fleury. Il regrette que l'énumération des symptômes ne soit pas bien complète ; cependant il lui semble que la tumeur dont il est question était une *bosse sanguine* dans laquelle les parties coagulables du sang épanché s'étaient séparées de la partie séreuse, qui seule est sortie par la canule.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL communique une note de M. Saurel, membre correspondant de la Société, sur l'emploi topique de la teinture d'iode comme moyen de traitement de la pourriture d'hôpital.

Ce travail étant déjà publié, ne sera pas inséré dans le *Bulletin*.

M. MARJOLIN rapporte qu'il a essayé, sans succès, les applications de teinture d'iode sur une plaie de la jambe envahie par la pourriture d'hôpital. Il les a encore essayées sur des ulcères qui se recouvraient d'un enduit pultacé grisâtre ; il en est résulté des croûtes analogues à celles du *rupia* ; mais la cicatrisation ne s'est pas faite sous ces croûtes, et lors de leur chute les ulcères n'étaient pas modifiés. Il pense donc que l'iode est inefficace contre la pourriture d'hôpital, et regrette qu'on n'ait pas appliqué plus souvent l'appareil à incubation de M. Jules Guyot, qu'il a employé avec le plus grand avantage. Il a vu la pourriture disparaître en peu de temps et les plaies marcher franchement vers la guérison dans cinq ou six cas qu'il a traités par l'incubation.

M. LARREY reconnaît tout l'intérêt que présente la communication de M. Saurel ; mais il regrette que les chirurgiens qui proposent des moyens de traitement contre la pourriture d'hôpital ne s'attachent pas à faire une distinction qui est pourtant bien essentielle, entre la pourriture qui ne s'étend qu'en surface et celle qui détruit au contraire les tissus en creusant des cavernes dans leur profondeur, entre la pourriture superficielle ou bénigne et la pourriture profonde ou maligne et tendant à désorganiser, à détruire tous les tissus. C'est faute d'avoir fait cette distinction, qu'on a attribué une grande efficacité à des moyens dont l'action est presque nulle dans les cas graves.

— M. LARREY remet au nom de M. le docteur Prudeau un travail intitulé *Compte rendu des opérations chirurgicales pratiquées à Rome et en Algérie.* (Renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner les travaux de M. Prudeau.

LECTURE.

M. CHARNAL communique une *observation d'anévrysme artérioso-veineux du pli du bras.* (Commissaires : MM. Giraldès, Broca, Verneuil.)

RAPPORT.

M. GUERSANT lit le rapport suivant sur un travail de M. Mirault (d'Angers) *sur la suture entrecoupée pour la réunion du bec-de-lièvre.* (Commissaires : MM. Michon, Cullerier, Guersant, rapporteur.)

Messieurs, vous nous avez chargés, MM. Michon, Cullerier et moi, de vous rendre compte d'un travail de M. le docteur Mirault, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine d'Angers. Ce travail a pour titre : *De la suture entrecoupée substituée à la suture entortillée pour*

la réunion du bec-de-lièvre unilatéral simple et de celui qui est compliqué de bifidité des os maxillaires.

M. Mirault exprime d'abord le vif intérêt qu'il a pris à la discussion qui s'est élevée au sein de la Société au mois de janvier dernier au sujet de la période de la vie la plus opportune pour opérer le bec-de-lièvre. Il se déclare opposé à la pratique de l'opération précoce du bec-de-lièvre compliqué et même du bec-de-lièvre simple; il partage en cela l'avis de la majorité des membres de la Société de chirurgie, et il s'estime heureux de voir prévaloir la doctrine dont il ne s'est jamais écarté dans sa longue pratique.

M. Mirault rapporte ensuite quatre observations de becs-de-lièvre simples traités et guéris par la suture entrecoupée, et deux observations de becs-de-lièvre compliqués de bifidité des os maxillaires également traités et guéris par la suture entrecoupée. Ces observations sont de 1852, 1853, 1855.

Dans la première observation, il s'agit d'un sujet de vingt-sept ans. M. Mirault s'est servi d'aiguilles longues, plates, d'un millimètre de largeur, lancéolées à leur pointe, pour réunir le corps de la lèvre; mais pour reconstituer le lobule médian de la lèvre, il en a employé de plus étroites. Dans ce premier cas, notre confrère fit quatre points de suture, deux pour le corps de la lèvre, deux pour le lobule. Il fit un petit pansement avec de la charpie enduite de cérat, maintenue à l'aide d'une bandelette de linge. Il renouvela ce pansement tous les jours. Les fils commencèrent à couper les chairs le septième jour. Ce fut alors qu'il les retira. Le succès était complet.

Les trois autres observations de bec-de-lièvre simple sont relatives à des sujets plus jeunes (quatre mois et demi, huit mois, deux ans). L'opération est pratiquée comme dans le premier cas. Après la suture, on applique seulement une bandelette de taffetas d'Angleterre. Les points de suture sont enlevés au bout de six, sept et huit jours. Dans les trois cas le succès fut complet.

Dans les deux dernières observations, il s'agit d'un enfant de cinq mois et d'un autre de trois ans et demi, ayant des becs-de-lièvre compliqués de la bifidité des os maxillaires et du voile du palais. Ces deux enfants furent opérés comme les premiers, et les plaies réunies à l'aide de la suture à points séparés. Chez le premier, les fils furent retirés au bout de six jours; chez le second, ce fut au bout de huit seulement. Chez tous deux même réussite complète.

Ajoutons que sur ces six opérés, M. Mirault conserva chez trois le

lobule médian par son procédé décrit dans une lettre adressée à M. Malgaigne (*Journal de chirurgie*, mois de septembre 1844).

Ces observations sont suivies de réflexions, déjà souvent signalées, sur les inconvénients de la suture entortillée dans le bec-de-lièvre, et dont la suture à points séparés paraît exempte.

Notre confrère d'Angers n'hésite pas à penser que la suture à points séparés est de beaucoup préférable à la suture si généralement et depuis si longtemps employée. Il est évident pour lui qu'elle est plus simple; qu'elle évite de laisser un corps métallique dans les tissus; qu'elle bride moins les plaies; qu'elle gêne moins; qu'elle coupe moins, ou plus tardivement, en admettant qu'elle soit bien faite et dans les conditions voulues.

Ses observations le portent aujourd'hui à s'élever contre un moyen qui ne méritait pas, selon lui, la faveur dont il a joui pendant des siècles.

Avant d'être de l'avis de notre confrère, avant de pouvoir apprécier et juger la suture à points séparés dans le bec-de-lièvre, nous avons dû la mettre en usage, et comme nous avons employé très-souvent, trop souvent peut-être, la suture entortillée, nous étions, comme l'auteur du travail dont je vous rends compte, peu satisfaits de cette suture, et nous avons trouvé de véritables avantages dans la suture à points séparés. Nous devons dire, pourtant, qu'avant d'être chargé de faire ce rapport, nous avions employé, et avec succès, la suture enchevillée, à laquelle nous avions été amené après une conversation sur ce sujet avec notre honorable collègue M. Hervez de Chégoin. Mais aujourd'hui, pour nous prononcer sur le travail de M. Mirault, il fallait pratiquer, et nous avons pratiqué, dans deux cas simples, la suture à points séparés. Nous avons réussi une fois, en enlevant les fils au bout de six jours. Nous avons échoué dans le second cas; mais il s'agissait d'un bec-de-lièvre avec un écartement considérable. C'était un enfant de sept à huit mois, que nous avions vu un mois après sa naissance. Il existait chez lui un bec-de-lièvre double. Je l'avais opéré par la suture entortillée d'un côté, et j'avais réussi; mais l'écartement de l'autre côté était considérable, et j'attendais pour cette seconde opération, lorsque l'enfant étant revenu à moi il y a un mois, je l'opérai en employant la suture à points séparés. Il y avait une traction très-forte, et les fils coupèrent les tissus dès le troisième jour.

D'après les six observations de notre confrère et les nôtres, nous devons donc reconnaître que la suture à points séparés peut présenter des avantages, et nous félicitons M. Mirault d'avoir employé cette su-

ture, qui nous paraît préférable en général, mais non pas toujours, à la suture entortillée. Cependant nous sommes surpris que M. Mirault ne cite pas d'insuccès. Nous regrettons, dans la description qu'il nous a donnée, qu'il n'ait pas signalé deux points qui nous paraissent importants pour favoriser le succès de la suture à points séparés : la disposition du fil et la direction de l'aiguille. Le fil doit, selon nous, être double, pour couper moins qu'un fil simple. Nous trouverions avantageux, comme nous le faisons, de se servir de fil de caoutchouc. C'est à l'aide de ce fil et de deux petits morceaux de bougie que nous avons pratiqué avec succès dans deux cas la suture enchevillée. C'est aussi à l'aide de fil double que nous avons fait la suture à points séparés dans les deux cas de notre pratique. Quant à la direction à donner à l'aiguille dans la suture à points séparés, M. Mirault ne dit pas s'il faut la faire passer obliquement dans l'épaisseur de la lèvre ou bien la faire traverser de part en part. C'est ce dernier procédé que nous avons suivi, et que nous croyons préférable.

En résumé, le travail de M. Mirault est très-intéressant et très-utile; il fait voir les avantages de la suture à points séparés dans le bec-de-lièvre, moyen peu employé, dont il est pourtant question dans l'article Bec-de-lièvre du *Dictionnaire en* 60 *volumes*. Les observations si bien rapportées par l'auteur doivent nous engager à mettre en usage ce procédé, afin que nous puissions d'ici à peu de temps savoir si on préférera cette suture aux autres, même à la suture enchevillée, que nous avons pratiquée, qui nous a donné deux succès sur trois cas, et que nous regardons comme très-avantageuse.

M. Mirault joint à son travail une lettre par laquelle il sollicite l'honneur d'être nommé membre correspondant. Vous connaissez tous les travaux qu'il a publiés dans les *Archives*, les *Mémoires de l'Académie de médecine*, le *Journal de chirurgie* de M. Malgaigne ; il est, comme vous le savez, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers, professeur de clinique externe, correspondant de l'Académie de médecine.

En conséquence de ces titres et de l'excellent travail que nous adresse M. le docteur Mirault, nous vous proposons:

1° D'insérer son travail dans nos Bulletins;

2° De soumettre au vote sa nomination au titre de correspondant de la Société de chirurgie.

M. Verneuil fait observer qu'il y a des auteurs qui ont parlé de l'emploi de la suture entrecoupée dans l'opération du bec-de-lièvre, mais pour le repousser, comme donnant de médiocres résultats. Or les résultats obtenus par M. Guersant ne sont pas bien avantageux. Il

regrette que M. Mirault n'ait pas indiqué son procédé, qu'il n'ait pas dit s'il traverse complétement la lèvre à l'aide de son aiguille, ou si le fil passe à travers la plaie réunie, ce qui établirait une différence importante dans les conditions de réussite.

Un des avantages que se propose M. Mirault, c'est de substituer un fil flexible à un corps inflexible, et de ne pas laisser dans les tissus de corps métalliques. Cette idée n'est pas entièrement neuve, car J. L. Petit avait déjà proposé de faire la suture à l'aide de corps flexibles, et, de plus, la présence des métaux au sein des tissus n'a pas tous les inconvénients signalés par M. Mirault; il est constant même que de tous les corps ce sont les métaux dont le contact est le moins nuisible pour les tissus vivants.

M. Verneuil est encore d'un avis opposé à celui de M. Mirault pour le temps qu'on doit laisser écouler avant d'enlever les points de suture. Beaucoup d'insuccès lui semblent dus à ce que les épingles ont été enlevées trop tard, et en cela il est de l'avis de Dessault, qui attribue à cette cause un de ses insuccès. La réunion par première intention est faite dans les trente-six heures ; passé ce terme, on a d'autant plus de chances de succès qu'on enlève plus tôt les épingles, car tout corps étranger qui traverse la cicatrice est une cause d'inflammation, et tout le monde sait avec quelle rapidité l'inflammation détruit les cicatrices récentes.

M. RICHARD annonce qu'il présentera à la Société un enfant sur lequel il a pratiqué une opération qui se rapproche de celle de M. Mirault (d'Angers) ; il a réuni la plaie verticale au moyen de deux épingles, et le lambeau destiné à former le lobule de la lèvre au moyen d'un point de suture entrecoupée. Ce dernier point, qui n'avait aucun effort à supporter, a été enlevé au bout de vingt-quatre heures, et la réunion était parfaite ; mais lorsque les épingles furent enlevées le quatrième jour, la partie correspondante de la plaie n'était pas réunie. Néanmoins, le bord inférieur de la lèvre se trouvant réparé solidement, le reste de la plaie guérit secondairement, et le résultat n'en fut pas moins très-beau.

M. GUERSANT fait observer que si M. Mirault ne veut pas qu'on enlève les points de suture avant le sixième jour, c'est qu'il est convaincu que la présence des fils n'a pas les mêmes inconvénients que celle des aiguilles.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC ne pouvant assister à la séance, adresse à la Société une pièce anatomique, avec la description suivante :

Pseudarthrose du tibia. — La préparation que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie, se rapporte à un cas de pseudarthrose tibiale qui me paraît assez curieux.

Il s'agit d'une fausse articulation très-bien organisée, à surfaces en parties contiguës, en partie continues, semblable en tout à une amphiarthrose, avec existence d'une capsule parfaitement caractérisée.

La fausse articulation siége à l'union du tiers supérieur du tibia avec les deux tiers inférieurs de cet os. Le fragment supérieur de l'os est en dedans et un peu en avant, le fragment inférieur en dehors.

La pseudarthrose m'a paru être en elle-même un assez bel exemple de formation articulaire accidentelle. Mais ce sur quoi j'appelle surtout l'attention de la Société, c'est la consolidation d'une fracture du péroné, fracture siégeant à 3 centimètres à peu près au-dessus du niveau de la fracture du tibia. De telle sorte que le péroné seul maintenait la continuité osseuse de la jambe, tandis que le tibia était articulé et mobile un peu au-dessus de sa partie moyenne.

La fracture du péroné étant seule consolidée, cet os jouait très-probablement le rôle principal pendant la marche et dans les mouvements du membre inférieur. Cet os a subi une courbure excessivement prononcée, s'est énormément hypertrophié, sans trace aucune d'affection périostique.

Le raccourcissement qu'il présente et sa forme très-notablement incurvée, portent à se demander s'il n'aurait pas été, lors de l'accident, le siége d'une double fracture, l'une près de son extrémité inférieure, l'autre près de son extrémité supérieure ; ou bien, si les phénomènes de courbure et d'hypertrophie sont la conséquence exclusive du rôle que le péroné a été appelé à remplir, par suite de la fracture et de la pseudarthrose du tibia.

Cette pièce a été recueillie sur une femme qui ne présentait absolument aucune trace de rachitisme. Et d'ailleurs, il suffit de jeter un coup d'œil sur le mode de déformation du péroné pour comprendre que ce ne sont point là les caractères d'une courbure rachitique.

M. HOUEL ne croit pas à l'existence de la fracture du péroné dont parle M. Chassaignac ; il voit bien que l'os est volumineux, courbé, mais il ne trouve aucun signe d'une fracture ancienne. Il montre sur la

pièce que, par suite du raccourcissement du tibia, l'extrémité supérieure du péroné s'est luxée en haut et présente une mobilité anormale.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 3 décembre 1856.

Présidence de M. Bouvier, vice-président.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Fracture de cuisse traitée par l'appareil de M. Martin. — M. MONOD présente un homme qu'il a eu à soigner pour une fracture sous-trochantérienne du fémur, avec huit centimètres de raccourcissement. Au moyen de l'appareil de M. Martin, il a obtenu la consolidation avec un très-faible raccourcissement qui ne cause aucune claudication. La mensuration comparative des deux membres ne donne pas plus d'un centimètre à un centimètre et demi de raccourcissement du côté de la fracture.

M. LARREY a eu recours plusieurs fois à l'appareil de M. F. Martin, qui l'a récemment encore appliqué sur deux militaires du Val-de-Grâce, pour des fractures non consolidées du fémur, provenant de la campagne de Crimée. Reste à savoir si la consolidation sera obtenue par cet appareil. M. Larrey ne saurait le dire, mais il en rendra compte plus tard à la Société.

M. FORGET demande si l'appareil de M. Martin donne d'aussi beaux résultats dans le cas de fractures du col du fémur. Il a obtenu, avec les appareils ordinaires, des résultats très-satisfaisants, mais pas autant que celui de M. Monod.

M. GUERSANT a constaté sur le malade de M. Monod un raccourcissement d'un centimètre; cependant cet homme ne boite pas, par suite de l'accommodation du bassin à la différence de longueur des membres. Ce malade est guéri comme les enfants chez lesquels on obtient la guérison des fractures du fémur sans claudication, bien que la mensuration accuse un léger raccourcissement. M. Guersant reconnaît les avantages de l'appareil de M. Martin, mais le cas présenté par M. Monod est une nouvelle preuve de l'impossibilité de guérir les fractures du fémur sans raccourcissement.

Éléphantiasis congénital d'un doigt. — M. BROCA présente un homme qui porte au doigt auriculaire de la main gauche une tumeur molle, indolente, qui occupe toute la circonférence des première et deuxième phalanges. Cette tumeur est congéniale ; au moment de la naissance, elle offrait le volume d'une noisette, et depuis, son accroissement a suivi le développement général du malade. A sa surface, on voit la cicatrice d'une cautérisation qui a été faite sans résultat par un guérisseur qui avait promis la guérison en quelques heures.

M. Broca s'était d'abord demandé si cette tumeur ne serait pas un lipôme, mais en considérant sa consistance, sa forme, son étendue à toute la circonférence du doigt, et l'état de la peau, qui semble participer à l'altération sous-jacente, il s'est arrêté à l'idée d'un gonflement éléphantiasique. Quant au traitement, il craint qu'il n'y ait autre chose à faire que l'amputation du doigt. A la verge on a pu sans doute quelquefois disséquer des tumeurs éléphantiaques en conservant l'organe ; mais ici, il est à craindre que l'altération des tendons ne rende la réussite douteuse.

M. GOSSELIN prend la parole en ces termes : Je crois, comme M. Broca, qu'il s'agit ici d'une variété d'éléphantiasis, constituée par une hypertrophie circonscrite et partielle du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, variété qui n'a pas encore été bien décrite, et qui mériterait de l'être sous le nom d'*éléphantiasis congénital*. J'ai observé déjà quatre cas analogues à celui-ci : deux fois la tumeur congéniale occupait la région lombaire, et pouvait être prise pour un spina-bifida avec oblitération de l'ouverture anormale du rachis ; elle constituait la maladie qui a été indiquée il y a quelques années, dans un travail allemand, comme appartenant spécialement à la région lombaire, mais sur la nature de laquelle ou ne s'est pas bien expliqué. Une autre fois, la lésion se trouvait à la partie antérieure et inférieure de la cuisse, la peau hypertrophiée différait de celle du malade actuel par la présence d'une grande quantité de poils.

Enfin, dans un quatrième cas que j'ai présenté à la Société il y a quelques années, la lésion occupait plusieurs orteils chez un enfant nouveau-né. En rapprochant ces faits, je trouve qu'ils ressemblent à celui de M. Broca, mais je déclare que je ne connais pas les caractères anatomiques de ces sortes de produits. Je n'ai pas eu l'occasion de les étudier, et je doute que cette étude ait été faite jusqu'à ce jour. Je crois que cette hypertrophie congénitale porte sur le derme et le tissu cellulaire sous-cutané, et qu'elle diffère par certains caractères de celle qui constitue l'éléphantiasis accidentel et tardif. Peut-être s'y ajoute-t-il,

par exemple, un développement des capillaires sanguins analogue à celui des tumeurs érectiles.

Quant au traitement, je doute qu'on puisse obtenir la guérison autrement que par l'amputation ; et la gêne éprouvée par le malade me paraît justifier cette opération. Si M. Broca la pratique, je l'engage à nous présenter la pièce, et à nous exposer le résultat de ses investigations anatomo-pathologiques.

M. LARREY serait disposé à considérer le doigt présenté par M. Broca comme atteint non d'éléphantiasis proprement dit, mais simplement d'hypertrophie. Il a eu occasion de faire sur ce sujet en général des recherches très-multipliées, d'où résulte, selon lui, une distinction à faire entre les deux états pathologiques *éléphantiasis* et *hypertrophie*. M. Cruveilhier, en France, et M. Tood, en Angleterre, ont indiqué quelques caractères différentiels entre l'un et l'autre.

En général, si l'altération reste limitée et ne tend pas à s'accroître, on la regarde comme une hypertrophie ; si, au contraire, elle fait des progrès et tend à envahir de plus en plus les parties voisines, on lui conserve le nom d'éléphantiasis. Dans cette dernière affection, les altérations anatomiques ont été étudiées avec soin, et l'on y a trouvé des éléments divers ; d'abord un état hypertrophique du tissu cellulaire, puis des amas d'apparence lipomateuse, et enfin une substance gélatiniforme infiltrée dans toute la masse.

M. Larrey est peu disposé à l'amputation ; il pense qu'avant d'y recourir, il faudrait tenter les moyens qui ont réussi quelquefois dans l'éléphantiasis commençant, et spécialement des incisions longitudinales profondes, suivies d'une compression méthodique pour chasser la matière infiltrée dans les mailles du tissu.

M. VERNEUIL a eu l'occasion d'examiner plusieurs fois des tumeurs congéniales siégeant sous la peau, qui avaient été enlevées par M. Guersant sur des enfants, et qui offraient des caractères analogues à ceux des tumeurs qui font le sujet de la discussion. Presque toujours il y a trouvé une proportion telle de vésicules adipeuses que ces tumeurs se rapprochaient beaucoup plus des lipômes que du tissu fibreux. Pour le cas de M. Broca, il est peu disposé à le regarder comme de l'éléphantiasis, parce que la peau, quoique adhérente, paraît saine, et que l'éléphantiasis respecte rarement la peau, même dès son début.

M. Verneuil pense qu'on sera forcé de recourir à l'amputation. Si l'on voulait extirper la tumeur en conservant le doigt, on ne pourrait pas ici, comme à la verge, faire des emprunts aux parties voisines pour recouvrir la plaie ; il faudrait donc se servir de la peau qui couvre

la tumeur, en supposant qu'elle ne soit pas altérée; c'est donc à cette seule condition que l'extirpation pourrait être faite.

En résumé, M. Verneuil conseille de commencer par faire sur le dos du doigt une incision longitudinale qui permettrait de juger si la tumeur peut être disséquée, et, dans ce cas, d'en faire l'extirpation; sinon de pratiquer l'amputation du doigt.

M. GOSSELIN, en réponse à M. Larrey, répète que, selon lui, l'insuffisance des connaissances anatomo-pathologiques porte non pas sur l'éléphantiasis acquis, comme l'est habituellement celui des bourses, mais sur l'éléphantiasis congénital.

M. HUGUIER pense que cette tumeur est formée simplement par une hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire, et qu'elle ne contient pas de graisse. C'est ce qu'il a trouvé sur un orteil qu'il a amputé pour une tumeur semblable. Le derme altéré se confondait avec les parties profondes, sans aucun signe de démarcation, en une masse grisâtre, gélatiniforme, mais plus consistante qu'une gelée, et qui était formée de tissu fibro-plastique contenant de la sérosité. Il n'est pas d'avis des incisions suivies de compression, parce que la compression exercée sur les plaies est une cause d'érysipèle et de gangrène.

M. GUERSANT conseille, avant d'en venir à l'amputation, de suivre l'exemple de Lisfranc, qui, dans l'éléphantiasis des membres, obtenait de bons résultats au moyen des mouchetures nombreuses suivies de la compression.

M. MAISONNEUVE, dans des cas de ce genre, a obtenu de bons résultats de la compression exercée au moyen d'une bande de caoutchouc.

Mâchoire artificielle. — MM. FOWLER et PRETERRE, dentistes américains, présentent un malade pourvu d'une pièce prothétique de leur invention, dont ils donnent la description suivante.

« L'homme que nous avons l'honneur de présenter à la Société est le nommé Isamat (Jérôme), âgé de trente-trois ans, qui a subi, à l'hôpital de la Pitié, le 15 avril, l'ablation complète de la mâchoire inférieure pour une énorme tumeur fibreuse développée dans l'intérieur de cet os. Ce sujet a déjà été présenté par M. Maisonneuve, qui, en faisant apprécier les beaux résultats de son opération, avait aussi appelé l'attention sur les bons effets d'une pièce artificielle destinée à remplacer le maxillaire enlevé.

» Cette pièce artificielle n'était que provisoire, et cela devait être, le tissu cicatriciel modifiant encore chaque jour l'état des parties. Au-

jourd'hui, le temps écoulé depuis l'opération (sept mois) permet d'espérer que leur forme ne sera plus considérablement modifiée, et d'ailleurs, le malade étant décidé à retourner dans son pays (Barcelone), nous lui avons fait une pièce définitive.

» C'est cet appareil qu'il porte aujourd'hui, et que nous venons soumettre à l'examen des membres de cette Société.

» Pour la description des résultats de l'opération, nous renvoyons à l'observation de M. Maisonneuve communiquée aux Académies des sciences et de médecine, séances du 12 et du 13 mai, et publiée dans le n° 59 de la *Gazette des Hôpitaux* (20 mai 1856). Nous ferons remarquer seulement les quelques points suivants.

» ÉTAT DU MALADE DÉPOURVU DE SA PIÈCE ARTIFICIELLE.—*Aspect extérieur.* — Lorsque le malade est dépourvu de son appareil, toute la partie inférieure de la face est molle. Les joues présentent des dépressions aux endroits qu'occupaient les branches du maxillaire inférieur. Le menton est un peu fuyant en arrière, et la lèvre inférieure se trouve sur un plan sensiblement postérieur à celui de la lèvre supérieure. Ces difformités sont du reste assez bien masquées par la barbe.

» *Aspect de la cavité buccale.* — A l'intérieur de la bouche, on observe une surface muqueuse, courbe, inclinée de haut en bas et d'avant en arrière, de manière à former une espèce de gouttière limitée en avant par le bord libre de la lèvre inférieure, en arrière par la base de la langue, et se continuant sur les côtés avec la partie interne des joues. Cette gouttière est parfaitement lisse, et ne présente d'autre inégalité qu'une sorte d'arc soulevant légèrement la muqueuse et présentant au doigt la consistance d'un cordon fibreux. Cet arc est constitué par le périoste, qui a été conservé, et par la cicatrice linéaire de la muqueuse; il est situé à 2 centimètres en avant de la base de la langue.

» La langue exécute tous ses mouvements; celui de propulsion en avant est seul un peu limité.

» Les mouvements des lèvres se font aussi convenablement; mais lorsque le malade parle, la contraction des muscles de la face attire beaucoup plus en arrière la lèvre inférieure, qui n'est pas soutenue.

» Le malade ouvre et ferme facilement la bouche; seulement l'ouverture est peu considérable. Pour l'augmenter, le sujet a trouvé instinctivement un moyen, qui consiste à appuyer la langue contre la surface muqueuse de la lèvre inférieure; les muscles trouvent ainsi, en quelque sorte, le point d'appui qui leur manquait.

» *Prononciation sans la pièce.* — La prononciation est assez correcte. Isamat dit avoir quelque peine à prononcer les consonnes dentales, et cela est sensible lorsqu'il veut élever la voix.

» *Mastication sans la pièce.* — La mastication est complétement impossible. Le malade peut seulement, à l'aide de la langue, presser les aliments contre l'arcade dentaire supérieure. En un mot, il avale sans mâcher.

» ETAT DU SUJET MUNI DE LA PIÈCE ARTIFICIELLE.—*Aspect extérieur.* Lorsque Isamat a son appareil, la partie inférieure de la face trouvant un point d'appui, la lèvre inférieure est soutenue et le visage recouvre toute sa régularité. On observe, à la vérité, deux dépressions à l'endroit où devraient être les branches du maxillaire. Nous aurions pu faire disparaître ces dépressions, que, du reste, la barbe dissimule assez bien ; mais la pièce eût été plus lourde et peut-être gênante pour le malade. Ce que l'on aurait gagné pour l'apparence aurait été perdu pour la commodité.

» Grâce au point d'appui que les muscles trouvent sur le maxillaire artificiel, Isamat n'a plus besoin d'appliquer la langue contre la lèvre inférieure pour ouvrir largement la bouche. L'écartement des mâchoires est, en outre, facilité par les ressorts dont est muni l'appareil.

» La force de ces ressorts est dans un tel rapport avec la tonicité musculaire, que celle-ci suffit pour tenir la bouche fermée à l'état de repos, et cela sans que le malade soit obligé de faire le moindre effort.

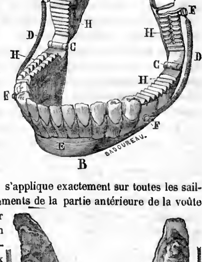
» *Prononciation avec la pièce.* — Muni de son appareil, il parle avec beaucoup plus de facilité, et non-seulement il prononce très-distinctement les dentales, mais encore il peut élever la voix autant qu'il le juge convenable.

» *Mastication avec la pièce.* — Au lieu d'avaler sans mâcher ou après avoir simplement pressé à l'aide de la langue ses aliments contre l'arcade dentaire supérieure, il peut maintenant broyer des substances d'une certaine consistance, telles que des croûtes de pain, de la viande, des fruits, etc., ce qui lui était tout à fait impossible auparavant.

» Il a déjà observé lui-même que tous les jours il gagne quelque chose tant pour la prononciation que pour la mastication, et qu'il digère plus facilement ; ce qui résulte non-seulement de ce qu'il peut mâcher, mais encore de l'insalivation, qui est plus complète depuis que les aliments restent un certain temps dans la cavité buccale.

» Description de la pièce. — L'appareil que porte Isamat se compose de deux parties réunies entre elles par deux charnières et deux ressorts.

» *Partie supérieure.* — La partie supérieure (A) se compose d'une plaque en or d'environ 18 millimètres de largeur, moulée sur la partie intérieure de la base de l'arcade dentaire supérieure et la partie antérieure de la voûte palatine, où elle prend son point d'appui.



» Cette plaque, dans toute sa partie médiane, qui s'étend depuis la seconde petite molaire supérieure droite jusqu'à la seconde petite molaire supérieure gauche, s'applique exactement sur toutes les saillies et sur tous les enfoncements de la partie antérieure de la voûte palatine. Son bord antérieur présente une sorte de feston irrégulier qui s'adapte parfaitement aux saillies et aux enfoncements formés par la série des collets des dents de l'arcade dentaire supérieure. Sur les parties latérales, à partir de la première bicuspidée, les moyens d'adhérence sont encore plus complets. Une lame d'or (G) d'environ trois millimètres de hauteur, forme un demi-cercle qui embrasse trois côtés de la couronne de la seconde petite molaire. Les grosses molaires sont couvertes par une autre lame d'or beaucoup plus épaisse (la face de la dent qui est en contact avec la muqueuse de la joue, ainsi que la surface triturante, étant libres), dont la partie supérieure se moule exactement sur les dents qu'elle embrasse, et dont la partie

inférieure qui revêt la face triturante présonto à sa face inférieure des sillons et des saillies transversales à arêtes vives (H) qui s'engrènent avec une surface semblable que présente la partie correspondante du maxillaire inférieur artificiel. Le revêtement métallique des grosses molaires était nécessaire pour donner de la solidité à l'articulation de la partie supérieure avec la partie inférieure.

» Nous avons pensé que des dents artificielles ordinaires, venant s'appliquer sur les dents naturelles, seraient moins favorables pour la mastication qu'un engrenage métallique, qui retient les alimonts jusqu'à ce qu'ils soient complétement triturés.

» Nous avions essayé de laisser les surfaces triturantes des dents artificielles en contact avec celles des dents naturelles ; mais, chez ce malade, les mouvements de latéralité n'ayant plus lieu , la mastication se faisait trop imparfaitement. C'est pour cela que nous avons placé les surfaces comme nous venons de les décrire.

» La partie droite ne diffère de la partie gauche qu'en ce que, la première grosse molaire manquant à droite, nous avons profité de l'intervalle qui existe entre la deuxième petite molaire et la douxième multicuspidée pour y placer le porte-ressort (F) qui fixe l'extrémité supérieure du ressort de ce côté.

» A gauche, l'extrémité supérieure du ressort est fixée au niveau de l'intervalle qui existe entre les collets de la deuxième bicuspidée et la première grosse molaire.



» *Partie inférieure. — Partie principale de la pièce.* — Cette partie (B), qui n'est qu'un maxillaire infériour artificiel, se compose essentiellement d'une arcade dentaire en dents minérales munies de leurs gencives. Chaque dent avec la partie de gencive correspondante formo une pièce séparée, ce qui faciliterait une réparation de l'appareil si elle devenait nécessaire. Ces dents sont ajustées sur une base en or. Cette base (E) présente un volume assez considérable ; mais, comme elle est creuse, son poids est loin d'être en rapport avec son volume. La cavité est d'ailleurs hermétiquement fermée, ce qui était

indispensable pour empêcher les aliments et la salive d'y séjourner. Tout l'appareil ne pèse que 80 grammes.

» Le bord inférieur de cette pièce, qui représente jusqu'à un certain point la base du maxillaire inférieur, est épais et arrondi, de manière à se mouler sur la gouttière formée par la paroi muqueuse de la lèvre inférieure, le plancher de la bouche et la face inférieure de la langue.

» Sur ce bord inférieur, épais et mousse, on remarque deux gouttières peu profondes qui sont destinées à recevoir la saillie formée par l'arc fibreux dont nous avons parlé.

» Les multicuspidées de ce maxillaire sont revêtues d'une lame d'or, et la surface triturante est taillée comme la surface correspondante de la partie supérieure de la pièce, avec laquelle elle s'engrène.

» *Charnières.* — La partie supérieure et la partie inférieure de l'appareil sont, comme nous l'avons dit, réunies par deux charnières (C) placées aux points de réunion des extrémités des arcades dentaires.

» *Ressorts.* — Deux ressorts (D) placés sur les côtés, et formant chacun un arc à concavité antérieure, ont leurs extrémités fixées au niveau des intervalles compris entre les collets de chacune des dernières petites molaires et de la première multicuspidée qui l'avoisine.

» L'élasticité de ces ressorts est assez grande pour tenir écartées les deux parties de la pièce (l'ouverture de l'appareil hors de la bouche est de 7 centimètres dans sa plus grande largeur), mais ils cèdent à la plus légère pression, de sorte qu'à l'état de repos le malade a la bouche fermée, sans qu'il soit obligé pour cela de faire le moindre effort.

» Une des grandes difficultés de l'appareil était l'impossibilité de prendre l'empreinte, les parties étant molles et n'offrant pas plus de résistance que la cire; aussi avons-nous été obligés de nous baser sur l'empreinte du maxillaire supérieur.

» C'est par une série de tâtonnements et par des modifications successives qu'on est arrivé à donner à l'arcade dentaire artificielle la forme d'une arcade dentaire inférieure naturelle, et à adapter la base de la pièce à la conformation des parties molles.

» M. Maisonneuve avait conservé le périoste autant qu'il avait pu; néanmoins il n'y avait pas eu de reproduction osseuse, sans doute par suite de l'altération du périoste. Le malade ne pouvait se nourrir que de substances molles; aujourd'hui, grâce à cet appareil, il mange toutes sortes d'aliments, et sa prononciation est devenue plus distincte. »

M. LARREY. La mâchoire artificielle qui nous est présentée est assurément le moyen le plus ingénieux de prothèse imaginé jusqu'ici.

Mais d'autres tentatives ont été faites auparavant, et la première peut être est le masque qui avait été fait pour un blessé du siége d'Anvers, dont j'ai publié la relation (1); je pourrai en présenter le modèle à la Société.

Quant à des prothèses partielles de la mâchoire à la suite de fractures comminutives par des projectiles de guerre, on en a déjà exécuté un certain nombre, et j'ai eu occasion, pour ma part, d'en rapporter un cas remarquable.

Un canonnier avait eu la mâchoire inférieure emportée par un boulet au siége d'Anvers. Un dentiste de cette ville lui fit, pour lui permettre de mâcher et empêcher l'écoulement de la salive, une mâchoire artificielle qui, dans les premiers temps au moins, remplissait bien son but. Une barbe postiche, adaptée à cette mâchoire, masquait assez bien la difformité.

M. MOREL-LAVALLÉE fait observer que la pression des molaires est assez forte, mais que celle des incisives est moindre qu'à l'état normal.

M. CLOQUET voudrait qu'on déterminât quels sont les muscles dont la réunion forme la voûte renversée qui élève la mâchoire inférieure. Il pense qu'il faudra voir quel sera par la suite l'état du malade.

M. FORGET insiste sur la disposition que présente le tissu inodulaire qui s'étend sous forme de demi-cercle d'une cavité glénoïde à l'autre : tissu fibreux ferme, résistant, dont l'organisation se complète au fur et à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'opération. Cette disposition est constante à la suite des résections de l'os maxillaire; il en a signalé l'existence dans sa thèse inaugurale, en même temps que l'utilité, qui est d'offrir un point d'appui à la langue dans les divers mouvements qu'elle exécute, et de fixer le moignon résultant de la résection partielle, en rétablissant en quelque sorte la continuité de l'os maxillaire. L'existence de ce tissu est surtout très-importante dans le cas de M. Maisonneuve, sans contredit un des plus beaux exemples de la chirurgie réparatrice, en ce qu'il offre une base solide sur laquelle vient s'appuyer le bord arrondi de la mâchoire artificielle.

L'indication capitale qui ressort de ce fait s'adresse directement au manuel opératoire, en démontrant la nécessité de laisser dans la solution de continuité le plus possible de périoste, qui devra ultérieurement servir à la régénération partielle du tissu osseux, et donner ainsi

(1) *Histoire chirurgicale du siége de la citadelle d'Anvers*, 1833.

plus de solidité au plan fibreux cicatriciel qui joue un si grand rôle dans l'agencement du moyen prothétique dont nous voyons sur l'opéré de notre collègue une si ingénieuse application.

Il n'est pas moins utile, ajoute M. Forget, de ménager avec le plus grand soin les muscles qui meuvent la mâchoire; car en se confondant par leurs extrémités tronquées dans le tissu cicatriciel, en y adhérant intimement, ils trouvent à exercer leur action très-utilement dans les mouvements alternatifs qu'ils impriment d'une façon médiate à la mâchoire artificielle.

M. Forget se préoccupe ensuite de ce qui pourra arriver ultérieurement. Il se demande si les effets de la rétraction consécutive de la cicatrice et des muscles que M. Bégin a signalée, ne viendra pas plus ou moins prochainement détruire l'harmonie si parfaite aujourd'hui entre les dimensions de l'appareil prothétique et celles du plancher buccal. Le corps étranger s'opposera-t-il à cette rétraction d'avant en arrière en forçant le tissu inodulaire contre lequel il repose, de s'allonger pour s'accommoder à l'étendue de sa surface; ou bien, cette rétraction s'opérant progressivement, ne se verra-t-on pas plus tard dans l'obligation de modifier la pièce artificielle, peut-être même d'y renoncer? C'est là un point qu'il est intéressant de ne pas perdre de vue, et que M. Maisonneuve pourra éclairer par l'observation secondaire de son opéré.

M. Forget se demande si le mécanisme ingénieux qui supplée si bien à la totalité de l'os maxillaire inférieur pourra s'appliquer également à la résection d'une moitié seulement de cet os.

Il pense qu'en pareil cas il pourrait avoir pour effet, en offrant un point d'appui à l'extrémité tronquée de la moitié restante de la mâchoire, de prévenir le déplacement constant de celle-ci qui a lieu dans les circonstances ordinaires.

Ce déplacement consiste en un mouvement de rotation qui, ayant pour centre l'axe vertical de la branche de l'os, a pour effet de porter vers le côté opposé la moitié de la mâchoire qui entraîne avec elle non-seulement les parties molles extérieures qui constituent la face, mais aussi la langue, le pilier correspondant du voile du palais, l'isthme du gosier, si bien qu'en examinant la cavité bucco-pharyngienne on s'aperçoit que l'ensemble des éléments anatomiques qui la constituent se dévie latéralement et dans la direction de la moitié de la mâchoire qui a été enlevée.

Pourrait-on prévenir ce déplacement en remplaçant par une pièce artificielle ce qui manque de l'os maxillaire?

Je ne sais, ajoute M. Forget, si l'expérience est en mesure de répondre à cette question, mais assurément elle ne tardera pas à être résolue, car l'ablation d'une des moitiés de la mâchoire est un fait de médecine opératoire qui se réalise bien plus souvent que celui de l'extirpation totale de cet os.

Pour ma part, j'ai sous la main un jeune homme à qui j'ai pratiqué, il y a dix-huit mois, cette amputation partielle, et auquel, s'il y consent, je me propose de faire appliquer une demi-mâchoire artificielle.

M. MAISONNEUVE répond à M. Cloquet que tous les muscles ayant été soigneusement coupés à leur insertion mandibulaire, ont pu se réunir à l'arc fibreux de la cicatrice, et que c'est à cette réunion qu'est dû l'effet qu'il a signalé.

La Société adresse des remercîments à MM. Fowler et Preterre.

— Le procès-verbal est adopté.

— Sur les conclusions de M. GUERSANT, la Société décide que le travail de M. MIRAULT (d'Angers) sera inséré dans les bulletins ;

Elle nomme, à l'unanimité, M. Mirault membre correspondant.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

Le hamac, ou nouvel appareil à suspension pour les fractures et les blessures graves du membre inférieur, par M. Scoutetten ;

Du traitement de la pourriture d'hôpital au moyen des applications topiques de teinture d'iode, par M. Saurel ;

Mémoire sur les fractures des membres par armes à feu, suivi d'observations, pour servir à l'histoire des blessures par armes de guerre, par M. Saurel ;

De l'étranglement des hernies abdominales (2e édition), par M. Broca.

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 10 décembre 1856.

Présidence de M. BOUVIER, vice-président.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur de la région frontale. — M. DENONVILLIERS présente un enfant de six semaines qui porte une tumeur à la partie inférieure du front, sur la ligne médiane, entre les arcades sourcilières. Cette tumeur, qui est congénitale, offrait, au moment de la naissance, le volume d'une petite noix, et a très-peu augmenté depuis. Elle paraît être en partie liquide, en partie solide, du moins la pression la fait diminuer un peu, mais il existe toujours une partie dure qui ne disparaît pas. Elle ne présente aucun des signes des tumeurs érectiles.

M. Denonvilliers a voulu consulter ses collègues sur le diagnostic de cette tumeur, qui lui paraît douteux. Cependant il fait observer qu'il ne connaît aucun exemple de tumeurs de cette région qui n'aient pas été des encéphalocèles.

M. GUERSANT, d'après le siége de la tumeur et le gonflement qu'elle présente pendant les cris de l'enfant, croirait volontiers que c'est un encéphalocèle. Il n'en a pas vu dans ce point, il est vrai, mais dans des points très-rapprochés; une fois, entre autres, il présenta, il y a quelques années, à la Société de chirurgie, une tumeur qui occupait l'angle interne de l'œil. On fut généralement d'avis que c'était une tumeur érectile, et qu'il fallait opérer. Il en fit la ligature, mais le malade fut pris de méningite et mourut. La tumeur n'était autre chose qu'un encéphalocèle. M. Guersant ne verrait pas d'inconvénient à faire une ponction exploratrice pour éclairer le diagnostic. Plusieurs fois il a percé des membranes du cerveau herniées sans qu'il en soit résulté d'accidents.

M. HOUEL, dans des recherches qu'il a faites au sujet de l'encéphalocèle, a trouvé qu'il a plus souvent qu'on ne croit son siége dans la région frontale. Mais, pour le cas présent, il ne lui paraît pas évident que c'en soit un. La seule raison qu'on puisse invoquer en faveur de cette opinion, c'est qu'on n'a pas encore rencontré dans cette région des tumeurs d'une autre nature; car la tumeur présentée par M. De-

nonvilliers n'offre pas l'aspect ordinaire des encéphalocèles. En supposant, du reste, que ce diagnostic soit vrai, il est à remarquer que dans toute l'étendue de la tumeur on sent une substance résistante qui ne pourrait être autre chose que la substance cérébrale doublant les membranes herniées; de sorte que si l'on faisait une ponction on blesserait nécessairement une portion du cerveau.

M. RICHARD, dans deux tumeurs semblables à celle de M. Denonvilliers, qu'il a eu occasion de voir disséquer par M. Nélaton, a trouvé immédiatement sous les membranes la portion antérieure des hémisphères cérébraux sous forme de lamelle mince.

M. LABORIE demande à M. Richard si, sur le vivant, les tumeurs qu'il a disséquées avaient offert les mêmes caractères que celle qui fait le sujet de la discussion. En général, les encéphalocèles sont très-sensibles à la pression, et lorsqu'on les réduit il se déclare aussitôt des symptômes de compression cérébrale. Ici, du reste, la tumeur renferme évidemment une partie solide et une liquide, et M. Laborie ne verrait pas d'inconvénient à y faire une ponction exploratrice.

M. RICHARD répond qu'il n'a pas eu de renseignements cliniques sur les tumeurs qu'il a citées, mais qu'elles offraient les mêmes caractères extérieurs que celles qui viennent d'être présentées. Quant à la ponction, il ne voit pas en quoi elle pourrait éclairer le traitement. Du moment qu'il s'agit d'un encéphalocèle, qu'il y ait ou non du liquide, il ne faudra pas opérer.

M. GUERSANT a vu des encéphalocèles qui ne contenaient que de la substance cérébrale sans la moindre trace de liquide, tandis que dans d'autres cas la tumeur offrait la disposition du spina-bifida; la poche membraneuse était pleine de sérosité, et sous ce liquide on trouvait une portion du cerveau. Il propose de saisir l'instant du sommeil pour chercher la fluctuation. Si on en trouve, on pourra vérifier le diagnostic au moyen d'une ponction. S'il n'y en a pas, il serait à craindre que cette opération n'amenât l'inflammation de la substance cérébrale.

M. DENONVILLIERS insiste sur les symptômes que présente son petit malade, et montre qu'il y en a de favorables au diagnostic d'un hydro-encéphalocèle : ce sont la réduction partielle de la tumeur sans accidents et sans douleurs; le retour de la tumeur quand la pression cesse, sa tension quand l'enfant pousse des cris. Mais il y a d'autres circonstances qui infirment ce diagnostic. Ainsi, on ne trouve dans ce cas ni les phénomènes fonctionnels, ni l'aspect habituel des encéphalocèles.

En définitive, le principal argument, c'est que, dans cette région, on ne trouve pas de tumeurs qui ne soient pas des encéphalocèles.

Revenant sur la ponction exploratrice, M. Denonvilliers ne voit pas en quoi elle éclairerait le diagnostic; et comme elle ne servirait en rien au traitement, puisqu'il faudrait toujours s'abstenir, soit que la tumeur contînt du liquide séreux ou n'en contînt pas, il pense qu'il vaut mieux, dès à présent, s'en tenir à l'observation.

M. GOSSELIN partage ce dernier avis, et fait ressortir l'intérêt qu'il y aurait à observer attentivement sur ce malade la marche de l'encéphalocèle. On ne sait pas, en effet, combien de temps un enfant peut vivre avec cette maladie, quelles précautions peuvent contribuer à prolonger l'existence en éloignant les causes d'accidents, et quelle peut être enfin l'influence de la maladie sur l'intelligence du malade.

M. DENONVILLIERS annonce qu'il se propose de faire construire pour son malade un appareil propre à protéger la tumeur tout en exerçant sur elle une compression modérée.

M. CLOQUET, d'après l'examen qu'il vient de faire de la tumeur, pense que c'est simplement une tumeur fibro-celluleuse. Il ne croit pas à un encéphalocèle, parce qu'il n'a pas trouvé d'ouverture aux os sous-jacents, et parce que la compression ne détermine pas des symptômes cérébraux. Il ne serait pas éloigné de conseiller l'extirpation lorsque l'enfant sera plus grand.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. LARREY présente le masque qui avait été fait par un mécanicien d'Anvers pour un soldat dont il a été question dans la dernière séance, et qui avait eu la mâchoire inférieure emportée par un boulet. Ce masque, fait en métal, reproduit assez bien la partie inférieure du visage, et porte une barbe et des moustaches postiches pour masquer la difformité. Les lèvres restent entr'ouvertes pour permettre la respiration; à la partie inférieure, se trouve une cavité dans laquelle la salive s'accumulait, et que le malade vidait à volonté au moyen d'un bouton mobile. Enfin, la mâchoire inférieure artificielle portait un dentier élastique qui permettait jusqu'à un certain point la mastication.

Ce même artilleur avait eu le bras fracassé en même temps que la mâchoire; il fut amputé. Il guérit complétement de ses deux blessures, entra à l'hôtel des Invalides, et mourut du choléra en 1849, après avoir joui d'un état de santé satisfaisant pendant dix-sept ans.

CORRESPONDANCE.

M. Gosselin fait hommage de la traduction du *Traité pratique des maladies du testicule, du cordon spermatique et du scrotum*, par Curling.

LECTURE.

M. MARJOLIN reprend la lecture d'un mémoire de M. Soulé (de Bordeaux) sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrysmes.

La Société décide l'insertion d'un extrait de ce mémoire dans ses procès-verbaux.

— M. CLOQUET offre à la Société, au nom de M. le docteur Gaillard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, une brochure intitulée *Thécoplastie de l'urèthre.*

Dans ce travail, M. Gaillard expose un procédé nouveau qu'il a employé avec succès pour la guérison d'une fistule uréthrale, dans laquelle la paroi inférieure du canal manquait sur une longueur de 18 millimètres.

Ce procédé consiste à pratiquer au niveau des extrémités de la fistule deux incisions circulaires, et à enlever la peau qui se trouve ainsi cernée; puis à ramener en arrière la peau de la partie antérieure de la verge, après avoir détruit les brides celluleuses qui l'empêcheraient de céder, et à la fixer en contact par les surfaces saignantes avec la peau qui recouvre la base de l'organe en arrière de l'incision postérieure.

L'auteur propose l'application de cette méthode en faisant glisser les téguments de la verge tantôt d'avant en arrière, tantôt d'arrière en avant, suivant les circonstances, pour toutes les fistules de la portion libre de l'urèthre, pour les hypospadias, et pour permettre de réparer la perte de substance que l'on ferait à l'urèthre en enlevant un rétrécissement cartilagineux.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

Séance du 17 décembre 1856.

Présidence de M. Bouvier, vice-président.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Hernie inguinale guérie par la méthode de Gerdy. — M. GUÉRIN présente un jeune homme de seize ans, qu'il a traité, il y a trois mois, pour une hernie inguinale droite, de la grosseur d'un œuf de poule, qui remplissait le scrotum. M. Guérin l'opéra suivant la méthode de Gerdy. Pendant l'opération l'enfant se débattait, et dans ses efforts les intestins étaient poussés sur le doigt qui pratiquait l'invagination; de sorte que les points de suture ne purent être portés aussi haut qu'il aurait fallu. Cependant, la guérison eut lieu, et l'anneau ne laisse rien sortir pendant les efforts de toux trois mois après l'opération. Le malade continue à porter l'appareil de M. Bourjeaud.

Il y a des chirurgiens qui ne croient pas encore à la possibilité de la guérison radicale de la hernie ; c'est pour cela surtout que M. Guérin a tenu à faire constater la guérison de son malade. Aujourd'hui les cas de guérison sont nombreux, et pour son compte il en possède cinq.

M. GIRALDÈS engage M. Guérin à suivre son malade et à apporter des renseignements sur lui à la Société dans un an ou deux, non-seulement pour constater la guérison définitive, mais pour permettre d'apprécier l'action de l'appareil de M. Bourjeaud.

Aujourd'hui l'amélioration est très-grande, tellement grande, que M. Giraldès n'hésite pas à considérer le malade comme guéri. Cependant, dans les efforts, la paroi abdominale bombe au-dessus du canal inguinal, et c'est là une condition qui favorise la formation des hernies. Il pourrait se faire que par la suite la tumeur se prononçât davantage, et que, sans que le tampon fût déplacé, une nouvelle hernie sortît à côté de lui.

M. RICHET croit avoir senti, en appliquant le doigt à la partie supérieure du canal inguinal, quelque chose qui glissait dans ce canal pendant les mouvements de toux. Il est bien certain que l'orifice inférieur est oblitéré ; mais il est à craindre que la partie supérieure du canal ne le soit pas et que la guérison ne soit pas définitive.

M. Richet a eu l'occasion d'observer des récidives. La peau invagi-

née ne peut ordinairement être fixée beaucoup au-dessus de l'anneau inférieur, et il reste du côté de la cavité abdominale une fossette qui est elle-même un premier degré de la hernie. Du reste, il y a beaucoup à espérer pour le malade de M. Guérin; car c'est un jeune sujet, et l'on sait que dans le jeune âge les hernies guérissent souvent par la simple application d'un bandage.

M. GUÉRIN déclare qu'il a l'intention de suivre son malade. Il croit, comme M. Richet, que le canal inguinal est libre à sa partie supérieure; mais la peau invaginée forme un bouchon adhérent dans le lieu de la ponction. Il pense, du reste, que la guérison se fait par un dépôt de lymphe plastique qui obstrue le canal. Quant à la difficulté de porter le fil assez haut, c'est la seule fois qu'il l'ait éprouvée, et cependant il n'opère pas lorsque le canal est large; car il considère comme une condition de réussite qu'il soit assez étroit pour que le doigt y soit serré. On refoule toujours facilement la hernie dans le ventre, et l'on n'a pas à craindre d'atteindre une anse d'intestin si l'on a soin de relever le bassin du malade pendant l'opération de façon que les intestins se portent vers le diaphragme et s'éloignent de la région inguinale. S'il en a été autrement dans le cas présent, c'est à cause des mouvements violents du jeune malade. La guérison n'est sans doute pas complète, car il reste une fossette à la partie interne; mais le canal est obstrué d'une manière solide à sa partie inférieure, et on ne pouvait espérer davantage.

Enfin, M. Guérin partagerait les craintes de M. Giraldès sur les chances de reproduction d'une hernie s'il ne connaissait, par expérience, tous les avantages de l'appareil de M. Bourjeaud.

Résection des deuxième et troisième métacarpiens. — M. GUÉRIN présente encore une jeune fille qui lui a été amenée à l'hôpital avec une ostéite suppurée des deuxième et troisième métacarpiens de la main droite; ces deux os, d'après la situation des fistules, étaient affectés dans toute leur longueur. M. Guérin en fit l'extraction par le procédé ordinaire; il désarticula le deuxième métacarpien à son extrémité supérieure, et fit la section du troisième immédiatement au-dessous de cette extrémité. Il n'y a pas eu reproduction osseuse, et il ne pouvait y en avoir, car le périoste n'avait pu être conservé; aussi les deux doigts correspondants se sont-ils rétractés, mais ils ont néanmoins recouvré toute la force et la liberté de leurs mouvements.

M. CAZEAUX demande s'il y aurait en pareil cas des indications spéciales pour se décider à l'amputation, parce qu'il a vu de sembla-

bles altérations des os guérir spontanément au bout de quatre à six ans et plus.

M. FORGET cite à ce sujet l'opinion d'un chirurgien des plus distingués. Flaubert (de Rouen), voyant à la Pitié Lisfranc qui s'apprêtait à amputer un métacarpien carié, lui demanda si c'est qu'il faisait des amputations pour de semblables altérations, et il ajouta : « Je n'y touche pas, et la guérison arrive entre douze et seize ans. »

M. LARREY a soigné, non plus un enfant, mais un adulte, un soldat qui avait une carie suite d'une contusion causée par le choc du pommeau de son sabre. Il pratiqua à sept ou huit reprises la cautérisation des fistules à l'aide du fer rouge, et finit par obtenir la guérison. Ce fait, du reste, n'ôte rien du mérite de l'opération qui a procuré un si beau résultat à M. Guérin.

M. GUÉRIN fait observer qu'on peut toujours dire après qu'un malade a été opéré qu'il aurait pu guérir sans opération. Mais il est persuadé qu'en voyant sa malade tout le monde aurait partagé sa conviction. Le tissu osseux était ramolli, infiltré de pus; la suppuration gagnait même l'articulation carpo-métacarpienne, tellement qu'après l'opération il craignait de la voir s'étendre aux articulations du carpe. Du reste, la guérison spontanée aurait-elle pu donner un résultat meilleur, et n'aurait-il pas été à craindre que la constitution de l'enfant ne s'altérât sous l'influence d'une suppuration prolongée et d'un long séjour à l'hôpital?

Blépharoplastie. — M. DENONVILLIERS présente une femme à qui il a pratiqué une blépharoplastie. Cette femme, à la suite d'une pustule maligne cautérisée, avait un ectropion de la paupière inférieure gauche; une large cicatrice partait de la paupière et se portait en bas et un peu en dehors; l'angle externe de l'œil était un peu abaissé.

M Denonvilliers fit une incision courbe au-dessous de la paupière pour lui permettre de se relever, puis il aviva les bords libres des paupières et les réunit pour obtenir l'occlusion.

La plaie résultant de l'incision fut comblée au moyen d'un lambeau à large base supérieure pris au-devant de l'oreille et en dehors de la cicatrice, de sorte que dans le mouvement de rotation qu'il exécuta il dut parcourir un tiers de cercle pour arriver à sa nouvelle place. La malade, retournée dans son pays, en revint au bout d'un mois pour se faire séparer les paupières, et M. Denonvilliers fut forcé de faire cette dernière partie de l'opération plus vite qu'il n'aurait voulu; il détruisit l'adhérence en quatre ou cinq séances, à deux jours d'intervalle.

Il fait remarquer qu'il a eu soin, au lieu de détacher les bords adhérents, d'inciser dans la paupière supérieure, afin de laisser une languette de cette paupière sur la paupière inférieure pour augmenter d'autant sa hauteur.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. MARJOLIN termine la lecture du mémoire de M. Soulé (de Bordeaux), et propose de l'insérer dans les Bulletins de la Société.

M. GIRALDÈS fait observer que l'idée principale de ce mémoire est de combiner les injections de perchlorure avec la ligature ; mais les seules objections qu'on puisse faire à la ligature sont tirées des accidents qu'elle peut causer, et par l'injection de perchlorure on y ajoute une nouvelle cause d'accidents.

M. MARJOLIN répond que M. Soulé, ne regardant pas l'injection du perchlorure de fer comme aussi dangereuse que M. Malgaigne l'a dit, conseille de la tenter, et pense que si elle ne réussit pas, elle favorise du moins la réussite de la ligature en coagulant une partie du sang contenu dans l'anévrysme, et diminuant son impulsion avant que la ligature suspende brusquement la circulation dans le membre.

La Société décide que le mémoire de M. Soulé sera inséré dans ses Bulletins.

CORRESPONDANCE.

M. HOUEL fait hommage à la Société de son *Manuel d'anatomie pathologique générale et appliquée*, contenant la description et le catalogue du musée Dupuytren.

— M. Gimelle fils adresse à la Société son mémoire *sur le tétanos*.

— M. LARREY dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Joseph Sampson Gamgee, chirurgien principal de la légion anglo-italienne pendant la dernière guerre, une lettre pour obtenir le titre de membre correspondant. Cette lettre est accompagnée des ouvrages suivants :

Researches in pathological anatomy and clinical surgery ;

On the advantages of the starched apparatus, in the treatment of fractures and diseases of joints ;

Reflections on pepit's operation and on purgatives after herniotomy. (Commission : MM. Michon, Giraldès, Larrey.)

— M. le docteur José Pro, professeur de médecine opératoire à l'Université de Lima, adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un mémoire *sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre.* (Commission : MM. Huguier, Richet, Verneuil).

— M. GIRALDÈS dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Prescott Hewett, le tome VIIe des *Transactions de la Société pathologique de Londres.*

— M. VERNEUIL présente la table des matières du dernier volume des *Bulletins* de la Société. Il y a joint le catalogue des ouvrages reçus dans l'année.

La Société vote des remercîments à M. Verneuil, et ordonne l'impression du catalogue présenté.

— M. CLOQUET offre à la Société le programme de questions et instructions préparées par l'Académie des sciences pour l'expédition envoyée à la recherche des sources du Nil blanc.

M. LE PRÉSIDENT remercie, au nom de la Société, les auteurs de ces divers envois.

— M. Saurel adresse la lettre suivante :

« Montpellier, le 7 décembre 1856.

» Monsieur le secrétaire général,

» Les quelques paroles prononcées par M. Larrey, dans la séance du 26 novembre dernier de la Société de chirurgie, à l'occasion de ma note sur l'*Emploi topique de la teinture d'iode comme moyen de traitement de la pourriture d'hôpital*, pourraient faire croire que je présente cette substance comme devant réussir dans tous les cas de pourriture, sans distinction de formes et de gravité.

» Le savant chirurgien du Val-de-Grâce semble me reprocher de ne pas avoir fait une distinction, qui est pourtant bien essentielle, entre la pourriture qui ne s'étend qu'en surface et celle qui détruit en profondeur ; entre la pourriture profonde ou maligne, tendant à désorganiser, à détruire tous les tissus, et celle qui est superficielle et bénigne. C'est faute d'avoir fait cette distinction, continue M. Larrey, qu'on a attribué une grande efficacité à des moyens dont l'action est presque nulle dans les cas graves.

» Il me suffira de citer quelques phrases de ma note, pour prouver que, bien loin d'avoir commis l'erreur qui m'est attribuée par M. Larrey, je partage en tous points les opinions de l'habile professeur. Je dis dans mon travail :

« Notre expérience nous a démontré que la teinture d'iode appliquée,
» soit pure, soit mélangée avec du cérat, selon les cas, agit d'une ma-
» nière très-favorable et assez rapide dans les cas de pourriture d'hô-
» pital à forme pulpeuse, *lorsqu'elle est tout à fait à son début et*

» *qu'elle est peu étendue.* Dans la forme ulcéreuse, et surtout dans » celle que j'appellerai *gangréneuse*, à cause des eschares profondes » qui en sont la conséquence, *ce moyen est bien moins efficace*, et de- » mande à être employé avec énergie et persévérance.

» Après avoir exposé les avantages et les inconvénients relatifs de la » teinture d'iode et du fer rouge, je n'ai pas hésité à donner *une pré-* » *férence absolue* au fer rouge sur tous les autres moyens de traitement » de la pourriture d'hôpital, *y compris la teinture d'iode elle-même.* »

» Je n'ai réservé l'emploi de ce dernier moyen que pour les débuts de la maladie et pour les cas où il ne serait pas possible de recourir au fer rouge.

» Je vous prie, monsieur le secrétaire général, de vouloir bien communiquer à la Société de chirurgie ces quelques mots de rectification, qui m'ont paru nécessités par l'interprétation inexacte donnée à ma manière de voir.

» Veuillez agréer l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

» L. Saurel, d.-m.

» Membre correspondant de la Société de chirurgie. »

M. **Larrey** fait observer, pour réponse à la lettre de M. Saurel, que ses remarques sur la distinction des deux formes de la pourriture d'hôpital ne s'adressaient pas spécialement à l'honorable chirurgien de Montpellier, mais, en général, aux praticiens trop disposés quelquefois à admettre la curabilité de cette grave complication des plaies par des moyens assez simples.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur du testicule. — M. **Richet** vient d'avoir à traiter un homme qui, s'étant donné sur les bourses un coup de manche de pioche, vit se développer rapidement une tumeur considérable. D'après l'origine de la tumeur, M. Richet crut avoir affaire à une hématocèle de la tuni[illegible] vaginale. Pour s'en assurer, il fit une ponction exploratrice, et [illegible]va la tumeur plus solide qu'il ne l'avait pensé ; mais, la canule d[illegible]rocart donnant issue à un liquide brunâtre filant, il se crut sûr de son diagnostic, et fit une incision dans toute la longueur de la tumeur. Il fut fort étonné de trouver que la tunique vaginale était vide et que la tumeur se trouvait sous la tunique albuginée. Dès lors, il ne restait qu'à faire la castration, qui fut pratiquée immédiatement.

La pièce présentée montre une tumeur dans l'intérieur du testicule. Cette tumeur est formée d'un grand nombre de kystes remplis d'un

liquide filant et plongés dans une substance qui offre l'aspect d'un caillot fibrineux. Dans un point seulement la tumeur présente l'apparence de la matière encéphaloïde.

M. VERNEUIL fait observer qu'il paraît toujours singulier de voir des tumeurs d'aussi mauvais aspect se déclarer à la suite de lésions traumatiques. Cependant cela n'est pas très-rare. Un garçon boucher entra dans le service de M. Laugier pour une tumeur du testicule suite d'une contusion. Une ponction exploratrice ne donna issue qu'à du sang pur. La castration fut pratiquée, et l'on trouva que la tumeur était formée d'une masse gélatiniforme contenant des kystes multiples.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

Séance du 24 décembre 1856.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Résection du premier métatarsien. — M. BROCA montre une malade qui a subi la résection de la moitié antérieure du premier métatarsien avec conservation du gros orteil. Cette opération fut pratiquée, il y a huit ans, à la Charité par M. Huguier. M. Broca croit utile de montrer le résultat d'une pratique dont l'utilité est contestée par plusieurs chirurgiens. Ce résultat est des plus satisfaisants.

M. HUGUIER. J'ai pratiqué ce genre d'opération assez fréquemment. Dans les cas qui la réclament, la première phalange du gros orteil est tantôt malade, tantôt saine ; si elle est malade, j'en pratique la résection partielle, outre celle de la tête du métatarsien. Je n'ai jamais remarqué les inconvénients qu'on semble redouter. Peut-être le dois-je aux précautions suivantes : je coupe le tendon extenseur ; autant que possible, mon incision n'agit que du côté interne ; je respecte toujours le tendon fléchisseur ; enfin j'ai soin de conserver les os sésamoïdes qui comblent le vide, et sur lesquels le membre continue de s'appuyer dans la marche.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et, après quelques observations de MM. Larrey et Guérin, adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. HUGUIER cite un cas de marche

très-rapide d'un cancer. Il y a trois ans, un fermier d'une trentaine d'années se froisse le testicule. Un fongus bientôt ulcéré exige la castration trois mois après cet accident. Doux mois après, récidive et mort au bout do quelques semaines. En tout, le temps qui s'écoula depuis l'invasion du mal jusqu'à la mort n'a pas été de six mois.

CORRESPONDANCE.

M. GIRALDÈS dépose sur le bureau, de la part de M. le professeur James Paget, le *Traité sur les tumeurs ;* cet ouvrage est adressé pour obtenir le titre de membre correspondant. (Commission : MM. Huguier, Houel, Giraldès.)

— M. VAUTRIN adresse pour le prix Duval deux exemplaires do sa thèse *sur les adhérences anormales des paupières entre elles et avec le globe de l'œil.*

— M. SILBERT (d'Aix) donne lecture d'un mémoire original, qui est renvoyé à une commission formée de MM. Laborie, Guérin, Broca.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. VERNEUIL montre le pénis d'un vieillard qu'il a retranché au moyen de l'écrasement linéaire.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, cette pièce est un exemple de ces affections cancroïdes s'étendant beaucoup plus en largeur qu'en profondeur, et sur lesquelles Lisfranc surtout insista dans un mémoire intitulé *Des cancers superficiels qu'on croyait profonds.* La maladie datait d'un an. Une ulcération très-étendue occupait toute la face interne du prépuce, le sillon balano-préputial et la muqueuse de la base du gland. Le corps spongieux de l'urèthre et du gland, les corps caverneux étaient sains, ce qui s'explique, du reste, par la nature du mal. En effet, il s'agissait d'une hypertrophie papillaire de toute la région précitée, et l'on sait que cette variété de tumeurs cutanées n'envahit que tardivement les couches profondes. Les ganglions inguinaux étaient sains ; mais la verge était peu proéminente, à cause de la présence d'une double bernie inguinale. M. Verneuil aurait pu, suivant le précepte donné dans ces cas, se contenter de l'extirpation des parties malades, en conservant un moignon de la verge et du gland; mais la crainte de faire une extirpation incomplète l'a engagé à faire l'amputation de tout l'organe.

Au point de vue de la médecine opératoire. — L'écrasement linéaire a été employé, mais à l'aide du fil métallique, qui serait beaucoup plus simple que la chaîne de l'écraseur de M. Chassaignac, s'il avait les

mêmes avantages comme instrument. L'opération a été menée avec les plus grands ménagements et la plus prudente lenteur. Deux instruments à fil simple que M. Charrière avait bien voulu prêter à M. Verneuil, et dont il dirigeait lui-même l'emploi, ont été mis hors de service après un certain temps. La section a dû être achevée avec la chaîne de l'écraseur ordinaire. L'opération a duré en tout plus de cinquante minutes. Le fil simple a été employé pendant quarante minutes environ ; il a opéré la moitié de la section de la verge ; la chaîne a achevé cette section. L'anesthésie avait été maintenue pendant tout le temps avec les précautions convenables.

Lorsque la tumeur fut enlevée, la plaie se montra d'abord tout à fait exsangue, mais bientôt une petite artériole cutanée latérale donna un filet de sang, puis un mélange de sang artériel et veineux s'écoula en nappe de la section du corps caverneux. La petite artériole fut liée, et comme l'eau froide n'arrêtait pas l'écoulement provenant du corps caverneux, on appliqua la pointe aiguë d'un petit cautère actuel.

M. Verneuil, remarquant que le sang n'était fourni que par la moitié de la verge correspondant à l'anse métallique, et qui avait été coupée par le fil simple, tandis que la moitié sectionnée avec la chaîne ne fournissait pas de sang, se demande si cette particularité ne provient pas de la manière différente dont agissent le fil simple et la chaîne. Si le fait se renouvelait ou se confirmait, il faudrait peut-être renoncer au fil, qui ne serait pas aussi apte que la chaîne à oblitérer les vaisseaux pendant la section.

M. GUERSANT ne comprend pas ce qui a pu empêcher M. Verneuil d'amputer la verge à l'aide de l'instrument tranchant : il ne voit nullement la nécessité de la méthode longue et pénible qu'il a préférée.

M. MAISONNEUVE pour l'écrasement linéaire emploie le simple fil métallique au lieu de la chaîne. Le fil, aussi bien que la chaîne, coupe tous les tissus, y compris la peau, et laisse une surface aussi exsangue. Le fil a cet avantage qu'on le trouve partout, qu'on peut le remplacer de suite s'il se brise, qu'il peut se prêter aux profondeurs et aux inégalités des régions et des cavités où une tumeur demande à être atteinte. Je crois donc, dit M. Maisonneuve, que le fil répond à toutes les indications de la méthode que M. Chassaignac a eu le mérite , je ne dirai pas d'inventer, mais de réhabiliter. Cette méthode, en effet, existait en chirurgie : personne n'a fait plus d'efforts pour la généraliser que Mayor, de Genève.

M. VERNEUIL. Pour l'exécution de l'écrasemont linéaire, m'en rap-

portant à l'expérience unique que j'en ai faite, et dont je viens d'entretenir la Société, j'ai fait une objection timide au simple fil métallique, mais rien de plus, et je suis hors d'état de décider entre les deux modes de pratiquer la nouvelle méthode.

Pour répondre à M. Guersant, je dirai que je considère l'amputation de la verge comme une opération très-grave, au moins faite par l'instrument tranchant; si bien que les chirurgiens lyonnais n'hésitent pas à couper la verge avec le fer rouge.

J'hésitais entre le fer rouge et l'écrasement linéaire, et j'ai préféré ce dernier.

M. LARREY. Ces jours derniers j'ai opéré un malade pour un cancroïde du prépuce, après une consultation de plusieurs chirurgiens. J'ai dû faire seulement l'extirpation de la partie malade, au lieu d'amputer tout le cylindre pénien. Mais dans la prévision de cette dernière opération, je m'étais muni d'un écraseur linéaire : je n'étais arrêté dans son emploi que par la crainte de l'accolement des deux parois de l'urèthre.

On a parlé de la gravité de l'amputation du pénis. Mais l'effet moral est une des causes de la mort de l'opéré. J'en ai vu un exemple des plus remarquables dans la pratique de mon père.

M. MAISONNEUVE ajoute quelques mots sur la comparaison du fil métallique et de la chaîne pour l'écrasement des tissus. Il insiste particulièrement sur ce point que l'agent de section est l'arête tranchante du tube.

M. J. CLOQUET. Bien que je manque ici d'expérience personnelle, je n'hésiterais pas à conseiller l'emploi de l'écrasement linéaire pour amputer la verge. Pour moi, j'ai vu succomber un assez grand nombre de malades à la suite de cette opération. Parmi ceux dont je me souviens, un fut tout près de mourir par hémorrhagie secondaire, car l'hémorrhagie primitive ne me semble faite pour exciter aucune crainte légitime; d'autres furent enlevés par infection purulente, d'autres par la repullulation très-rapide du mal. Enfin, une des suites fâcheuses qui m'a le plus frappé, et dont les auteurs ont du reste amplement parlé, c'est l'influence sur le moral de l'opéré. Un homme de quarante ans, à qui j'enlevai toute la verge, alla bien, et touchait à la guérison, quand tout à coup il devint triste, perdit l'appétit, et finit par mourir de mélancolie. Un homme de soixante ans, opéré par Richerand, reçut, le cinquième jour qui suivit sa mutilation, la visite de sa femme, qui l'accabla de reproches; il succomba de chagrin quelques jours après. On peut opposer à ces cruels résultats les effets tout autres de

l'extirpation des testicules. M. Cloquet cite un malade qui, ayant subi la castration d'un côté des mains d'A. Dubois, puis quinze ans après ayant été opéré de l'autre testicule, conserva non-seulement sa gaieté, mais encore la même énergie dans ses désirs vénériens.

M. BROCA. Chacun se fait une impression d'après les faits dont il a été témoin. J'ai vu amputer la verge deux fois par M. Ricord, deux autres par Blandin, une par Roux, et ces cinq malades ont bien guéri. Aussi m'étais-je fait de cette opération une idée moins triste que celle qui résulte des paroles de nos collègues.

Quoi qu'il en soit, analysons les causes qui mettent en danger la vie de ces opérés. Ce sont l'hémorrhagie, la phlébite et l'influence sur le moral.

On reconnaît que l'hémorrhagie n'est point à craindre; et quant à l'effet moral, il semble qu'il doit être exactement le même, de quelque façon que la mutilation ait eu lieu. La phlébite reste donc seule en question quand il s'agit de choisir la méthode opératoire. L'écraseur y dispose-t-il moins que le bistouri? C'est ce qu'il faut décider; et je crois que jusqu'à présent on ne saurait le faire en connaissance de cause. Les effets attribués à l'écrasement linéaire ne sont pas constants. J'ai enlevé une tumeur du bas du rectum à l'aide de l'écraseur pour mettre à l'abri de l'hémorrhagie, et à cet effet j'ai employé cinquante-cinq minutes pour couper un pédicule dont le diamètre n'excédait pas 2 centimètres. Malgré cela, j'ai eu un écoulement sanguin assez considérable. Je dois dire que j'ai employé l'écraseur de M. Charrière, et non celui de M. Chassaignac. Celui de notre collègue présente un mouvement alternatif de scie qui tend à déchirer les tissus, et qui peut-être met à l'abri de l'hémorrhagie.

M. CULLERIER. Deux fois depuis huit mois, à l'hôpital du Midi, j'ai employé le bistouri pour amputer la verge. Mes deux malades ont guéri. Mon premier opéré a beaucoup souffert de la sonde à demeure; j'ai même dû l'enlever, et il n'a guéri qu'avec un rétrécissement considérable du nouveau méat. Pour éviter cet inconvénient, j'ai pratiqué à mon second malade une sorte d'hypospadias par la dissection des deux lèvres de l'urèthre, et il a guéri sans sonde. La crainte de l'atrésie consécutive de l'urèthre est ce qui m'a éloigné de l'emploi de l'écraseur.

M. VERNEUIL. Rien ne serait plus simple que de pratiquer cet hypospadias après la section de la verge par l'écraseur. Je n'ajouterai qu'un mot en faveur de l'application de l'écrasement à l'amputation de

la verge. Les plaies par écrasement des tissus sont meilleures que celles faites par le bistouri; il ne serait plus permis de couper des hémorrhoïdes, et c'est pour cela que je me suis décidé dans ce cas pour la nouvelle méthode.

— M. MAISONNEUVE présente la moitié d'une mâchoire inférieure qu'il a désarticulée pour une tumeur dont l'examen a été confié à M. Broca.

Le deuxième secrétaire, RICHARD.

Séance du 31 décembre 1856.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE.

M. Chassaignac fait hommage de son *Traité de l'écrasement linéaire.*

— M. Bouvier offre à la Société le recueil de ses leçons sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur : pied-bot, rachitisme.

— M. Larrey fait hommage d'une série considérable de thèses sur diverses questions de chirurgie.

LECTURES.

M. GIRALDÈS lit un rapport sur la candidature de M. James Paget.

M. J. Paget, dont le nom, bien connu de tous les membres de la Société, a souvent été prononcé dans nos discussions, surtout à l'occasion des tumeurs, est chirurgien à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, et professeur à cet hôpital d'anatomie pathologique, membre de la Société royale de Londres.

M. James Paget est nommé à l'unanimité membre correspondant étranger de la Société de chirurgie.

La Société vote le dépôt aux archives du rapport de M. Giraldès.

— M. VERNEUIL lit le rapport suivant sur la thèse de M. le docteur José Prô, professeur de médecine opératoire à Lima, qui a pour titre : *Anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre.*

Il s'agit d'un sujet très-controversé, de recherches dont la pratique attend avec impatience l'achèvement pour en faire son profit, d'une

question, enfin, qui a été bien souvent déjà à l'ordre du jour parmi vous.

Pour tous ces motifs, j'aurais voulu consacrer beaucoup de temps et beaucoup de soins à mon rapport; j'aurais résolûment abordé les difficultés; mais des circonstances tout à fait indépendantes de ma volonté en ont décidé autrement.

Voici d'abord ce qui a déterminé notre confrère à élucider l'anatomie pathologique des rétrécissements.

Il assistait au cours de M. Malgaigne, qui avouait que cette partie de la science était encore fort obscure, et ajoutait qu'on tirerait grand profit des richesses accumulées dans les splendides musées de Londres. Sur cette simple indication, M. Prô partit pour l'Angleterre, visita les collections de Hunter, de l'hôpital Saint-Barthélemy, de l'hôpital de Guy et de l'Université, et recueillit ainsi 127 observations, qui se trouvent à la fin de son mémoire. A la vérité, on peut regretter que bon nombre de ces notices soient trop courtes, et qu'elles constituent plutôt des titres de pièces pathologiques que des descriptions proprement dites; mais cependant je pense qu'un tel dévouement à la science mérite des éloges.

L'auteur commence par un résumé succinct de l'anatomie normale de l'urèthre. A cet effet, il utilise les principaux travaux qui ont été publiés dans ces derniers temps; il admet, page 13, l'existence entre la muqueuse et la fibreuse d'une mince couche de fibres musculaires de la vie organique, qui continue la couche plus épaisse de ces mêmes fibres qu'on trouve dans la région membraneuse. On sait combien l'existence de ces fibres a été discutée; de nos jours, la question est résolue définitivement par le scalpel d'abord, par le microscope depuis. C'est à elles que l'urèthre doit sa contractilité involontaire, péristaltique et anti-péristaltique; elles sont congénères des muscles proprement dits qui entourent le canal et des éléments contractiles qui entrent dans la texture même du corps spongieux de l'urèthre.

Quoique le rôle important de ces fibres ait été signalé par un certain nombre d'auteurs, il me semble qu'on n'y insiste pas suffisamment, et sans parler des rétrécissements spasmodiques dont on place le siége presque exclusif à la portion membraneuse, il y a lieu de faire intervenir le spasme dans un grand nombre de rétrécissements résidant dans la région spongieuse elle-même. Ce spasme, dans la portion pénienne, ne peut être dû qu'aux fibres sous-muqueuses; dans la portion sous-pubienne, l'action de certains faisceaux des muscles bulbo-caverneux vient s'y ajouter.

Bien différente des propriétés qu'on attribue au tissu qui compose le rétrécissement lui-même, l'action des fibres musculaires, sous-muqueuses et péri-urétrales a tous les caractères des contractions involontaires auxquelles on donne le nom de contractions réflexes, c'est-à-dire qu'elle entre en jeu sous l'influence d'irritations spontanées ou traumatiques, qu'elle est beaucoup plus lente à cesser que celle des muscles volontaires, qu'elle cède, enfin, à divers moyens mécaniques ou anti-spasmodiques, ou bien qu'elle s'éteint elle-même au bout d'un certain temps.

Je voudrais donc qu'en étudiant la physiologie pathologique des rétrécissements on admît leur *élasticité*, propriété tout à fait mécanique; leur *rétractilité*, propriété organique agissant lentement, et dépendant du tissu même qui constitue l'obstacle; enfin la *contractilité réflexe* immédiate, instantanée, aussi facile à lasser qu'elle est facile à mettre en jeu, et qui, au moment même de l'intervention chirurgicale, peut modifier profondément les caractères de la maladie et donner le change au praticien.

Si je n'avais craint d'abuser de vos moments, j'aurais établi sur des démonstrations plus explicites la preuve de mes assertions. Je les tiens prêtes si la discussion s'engage à ce propos. Je dirai d'ailleurs que MM. Robert Wade et Harrison ont déjà fait intervenir l'action réflexe dans l'étiologie des rétrécissements, sous un autre rapport, à la vérité. Et à ce propos qu'il me soit permis de remarquer avec regret qu'à l'étranger, bien plus que chez nous, on s'efforce d'appliquer à la pathologie les données les plus délicates de l'anatomie de structure et de la physiologie expérimentale.

Mais revenons à notre auteur. A la page 15, nous trouvons l'historique de l'anatomie pathologique des rétrécissements uréthraux. L'antiquité ne fournit rien, ou du moins bien peu de chose. La question, au lieu de s'éclaircir dans la suite, s'obscurcit par la description de lésions sinon tout à fait imaginaires, au moins tout à fait exceptionnelles, et qu'on prend pour la règle. Exemple : les ulcères, les carnosités, les polypes, les végétations du canal, etc., etc.

C'est seulement dans les temps modernes que la lumière se fait peu à peu, et quand on s'imagine d'ouvrir des cadavres pour rechercher les causes réelles de la rétention d'urine, les altérations anatomiques étant mieux connues, on recherche leur nature intime, et c'est alors seulement qu'apparaissent des théories soutenables sur l'étiologie des rétrécissements.

Puis les divers éléments du sujet se dégagent peu à peu. On avait

commencé à faire justice des polypes et des carnosités; on constate ensuite que la muqueuse uréthrale elle-même est le plus souvent étrangère au rétrécissement, et que le tissu morbide est situé au-dessous d'elle. Les vraies cicatrices du canal sont regardées avec raison comme rares; on cherche comment les couches sous-muqueuses ont pu devenir dures, calleuses, fibroïdes, inextensibles, et deux hypothèses prennent naissance : les uns croient à une transformation du tissu spongieux de l'urèthre; les autres à un dépôt de matière plastique siégeant dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et soulevant, à la manière d'une virole, la membrane muqueuse. En d'autres termes, les premiers croient à une affection inflammatoire du tissu vasculaire; les seconds à une production nouvelle.

Vous savez que ces deux hypothèses se partagent aujourd'hui en France la plupart des chirurgiens, et pour ma part je pense que la vérité se trouve répartie entre chacune d'elles, et aussi dans la combinaison des deux formes morbides élémentaires.

Mais, en parcourant rapidement les phases de ce problème ardu, je ne dois pas omettre un des points sur lequel tout le monde est aujourd'hui d'accord, c'est-à-dire l'influence pathogénésique de l'inflammation. Le traumatisme et quelques autres causes accessoires exceptées, c'est, dans l'immense majorité des cas, la blennorrhagie qui est le point de départ des rétrécissements, et surtout la blennorrhagie négligée ou intempestivement traitée. En vain on objecterait le laps de temps considérable qui s'écoule entre la cessation de la chaude-pisse et l'apparition des premiers symptômes de dysurie; cette fin de non-recevoir n'est plus admise. Et d'ailleurs il est bien démontré à présent que, soit par incurie des malades, soit par absence réelle de tout dérangement fonctionnel, les rétrécissements peuvent non-seulement exister, mais s'accroître même beaucoup sans donner naissance au moindre trouble. C'est un fait incontestable, et sur lequel mon excellent ami M. le docteur Rollet, chirurgien de l'Antiquaille, à Lyon, insiste beaucoup dans un mémoire intéressant publié il y a deux ans. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1854).

Au risque d'être banal, on ne saurait trop le répéter : le rétrécissement uréthral est à la blennorrhagie ce que la tumeur blanche est à l'entorse, ce que les effroyables accidents tertiaires sont au chancre simple, ce que la perte de la vue est à la conjonctivite bénigne; c'est un mal très-grave, presque incurable, corollaire presque fatal d'une affection légère au début, presque à coup sûr curable par des soins

peu compliqués, et dont la négligence du patient ou du médecin a favorisé la marche fatale.

La blennorrhagie est de nos jours encore si généralement maltraitée, qu'on ne doit pas s'étonner de la fréquence des rétrécissements, qui, au contraire, deviendraient fort rares, si la maladie initiale était plus sérieusement et plus scientifiquement combattue.

Je ne suivrai pas l'auteur dans l'analyse qu'il fait des travaux passés et contemporains ; vous connaissez tous ces opinions, plus souvent déduites de la symptomatologie que de l'examen anatomique direct ; vous vous rappelez d'ailleurs le travail remarquable que notre collègue M. Alph. Guérin vous a soumis, et dans lequel, s'appuyant sur un nombre considérable d'autopsies, il a fait une critique juste et sévère des assertions gratuites répétées complaisamment depuis plus de cent ans.

En présence d'une question très-complexe, quiconque réunit beaucoup de faits empruntés à des sources très-multipliées arrive presque toujours à l'éclectisme, surtout quand il n'est point dominé par le désir de faire prévaloir une idée exclusive. C'est ce que nous observons ici.

Les causes anatomiques des rétrécissements de l'urèthre qui ont été invoquées jusqu'à présent sont très-multipliées ; on a cherché à simplifier la chose en rejetant les cas douteux et en admettant une forme unique rendant compte de tout. En général, ces simplifications sont dangereuses dans les sciences ; car elles procèdent par la négation, d'une part, et, de l'autre, violentent souvent les faits réfractaires.

Pour le démontrer, j'aurai recours à mon auteur. Par une réaction trop complète, c'est à peine si on croit aujourd'hui aux *excroissances*, *caroncules*, *carnosités* et *polypes de l'urèthre*. Cependant M. Prô en a vu plusieurs exemples, et rassemble ceux qui ont été rapportés par les chirurgiens français et anglais. Je trouve près de trente cas indiqués. Je remarque, pour ces productions, deux siéges distincts et principaux : en arrière, la région prostatique ; en avant, les deux centimètres antérieurs de la muqueuse uréthrale. J'en conclus *à priori*, et presque certain d'être dans le vrai, que les tumeurs profondes ou prostatiques sont formées par l'hypertrophie circonscrite de quelques grains glanduleux, et que les végétations antérieures sont des hypertrophies papillaires en tout semblables à de pareilles productions qui occupent l'urèthre de la femme, et dont j'ai examiné la composition anatomique.

A la vérité, M. Prô n'admet ni que ces tumeurs soient de véritables rétrécissements, ni qu'elles y donnent naissance ; il les regarde, au

contraire, comme des lésions consécutives, des complications de la maladie principale.

Même remarque pour les ulcérations, les cicatrices véritables de la muqueuse comme causes de rétrécissement. On sait que bon nombre d'auteurs anciens et modernes ont admis :

1° La fréquence plus ou moins grande des ulcérations inflammatoires de l'urèthre ;

2° L'existence de cicatrices succédant à ces ulcérations et diminuant la capacité du canal.

Cette opinion a été vivement combattue par M. Alph. Guérin, qui n'a jamais rien vu dans ses autopsies qui ressemblât à une inodule.

Notre collègue a bien fait de tirer de ses observations la conclusion précédente, et cependant il ne faudrait pas aller trop loin. Les plaies du canal de l'urèthre existent ; elles peuvent, quoique bien rarement, être le résultat d'un chancre uréthral ; elles sont plus fréquentes à la suite de rupture du canal ; enfin elles sont la suite de certaines violences exercées par des manœuvres opératoires malheureuses. Qui dit plaie suppose cicatrice quand il y a perte de substance ou absence de réunion immédiate. On peut donc admettre, à la rigueur, des rétrécissements cicatriciels, peu communs, il est vrai. Mais nous pouvons négliger ces faits exceptionnels pour aborder le point suivant.

Dans un grand nombre de pièces, M. J. Prô a vu des ulcérations coïncider avec des rétrécissements ; quelquefois placées en avant de l'obstacle, beaucoup plus souvent en arrière, elles envahissent de temps en temps le rétrécissement lui-même et le détruisent, ce que l'auteur considère, à tort, selon moi, comme un mode de guérison possible.

Alors que l'on observe sur un même canal la réunion des deux lésions, c'est-à-dire le rétrécissement et les ulcérations, on peut être tenté de rapporter aux secondes la formation du premier ; mais cette conclusion me paraît illégitime, parce que tout s'accorde à démontrer que les ulcérations sont consécutives au rétrécissement, et qu'elles ne lui préexistaient pas.

Il est donc bien entendu que les ulcérations coïncident souvent avec les coarctations uréthrales, mais que 99 fois sur 100 elles en sont l'effet et non la cause ; elles jouent, comme on le sait, un rôle très-important dans la formation des infiltrations et des fistules urinaires. M. José Prô y insiste à bon droit ; mais est-ce là toute leur influence ? Je ne le crois pas. Il me semble qu'elles agissent très-efficacement pour augmenter le rétrécissement et en longueur et en étroitesse.

Supposons dans le canal une virole rétrécie d'un demi-centimètre de longueur, la muqueuse qui la recouvre n'est point entamée, mais elle est ulcérée en arrière de l'obstacle dans une étendue de 2 centimètres par exemple. Sur ces entrefaites on dilate. L'ulcération guérit d'abord. Mais pour peu qu'elle ait détruit la muqueuse dans une certaine profondeur, elle est remplacée par une cicatrice qui, combinant sa rétractilité avec celle du rétrécissement lui-même, non-seulement reproduit la coarctation, mais en augmente beaucoup la longueur d'avant en arrière.

Lorsqu'un malade vient se faire traiter pour la première fois, ordinairement on ne trouve qu'un obstacle, situé dans la portion pénienne, ou sous-pubienne, ou bien encore dans le lieu d'élection, c'est-à-dire vers les limites des régions bulbaire et membraneuse. Cet obstacle, de coutume encore, n'est pas très-long. Quand, au contraire, on soigne un sujet qui a déjà subi plusieurs fois la dilatation, la bougie bute en plusieurs points du canal, doit traverser une filière étendue ou une succession de rétrécissements rapprochés, et dont les derniers sont très-profonds. Ne se rendrait-on pas compte de l'aggravation du mal par l'hypothèse précédente? Dans ces cas compliqués, on trouverait combinées les lésions du rétrécissement et celles d'une cicatrisation funeste, et les deux grandes opinions précitées y trouveraient chacune leur confirmation. En jetant les yeux sur les magnifiques planches que M. Prô a placées à la fin de sa thèse, en voyant l'aspect réticulé du canal, l'idée des brides inodulaires vient volontiers à l'esprit. Je pense, pour ma part, que leur existence ne doit pas être niée trop affirmativement.

Je suis conduit d'ailleurs par une autre voie à la démonstration du mécanisme propagateur des ulcérations. M. José Prô s'occupe avec détails (page 68) du siége des rétrécissements, question autrefois très-incertaine, et qui paraît à peu près résolue aujourd'hui. Après avoir rapporté les assertions contradictoires des chirurgiens, il invoque à son tour 124 faits qu'il a observés.

Voici la répartition :

Commencement de la région spongieuse. . .	20 cas.	80
Partie moyenne de la même région. . . .	17	
Dans le tiers postérieur.	31	
Au niveau précis du bulbe.	12	
A l'union des portions spongieuses et memb.	10	10
Au commencement de la région membran. .	15	34
A sa terminaison postérieure.	1	
Occupant toute la région membraneuse. . .	18	

Ce dernier chiffre, pris non pas sur le vivant, mais sur des pièces pathologiques, est très-considérable et peu en rapport avec les opinions admises. Ne peut-on pas croire que si le rétrécissement a, dans cette région, une étendue aussi grande, c'est que, dans quelques cas, après avoir débuté dans le lieu d'élection, la lésion s'est propagée d'avant en arrière, par le moyen des ulcérations uréthrales consécutives?

Je suis forcé de passer sous silence bien d'autres points qu'il m'eût été possible de mettre en lumière, en commentant et le texte de M. J. Prô et son intéressante collection de faits. Forcé de me restreindre, je me contenterai de mettre sous vos yeux les résultats encore trop peu nombreux que nous a fournis l'examen microscopique du tissu des rétrécissements.

Nul doute cependant que cette étude, au reste très-difficile, ne nous fournisse des éclaircissements précieux sur ce tissu, objet de tant de disputes. Le problème doit être posé, suivant moi, dans les termes suivants : « *Etant donné un rétrécissement du canal de l'urèthre*, *chercher ce que sont devenus les éléments anatomiques normaux*, *savoir s'ils ont disparu*, *ou sont altérés*, *ou hypertrophiés*, *s'ils sont remplacés par des éléments étrangers* ou *combinés avec eux.* »

La marche à suivre ici n'a du reste rien de spécial, c'est celle que l'on suit dans les recherches histologiques modernes appliquées à la pathologie.

M. Harrisson a examiné le tissu de deux rétrécissements anciens, offrant le type de cette lésion (page 41). La préparation prise dans la partie profonde du rétrécissement parut clairement composée de fibres très-denses, tandis que des lambeaux pris plus près des parois de l'urèthre présentaient moins de densité. Les tissus du rétrécissement étaient analogues au tissu de cicatrice, consistant d'abord en une lymphe plastique épanchée, organisée plus tard et finalement transformée en tissu fibreux.

« En examinant au microscope, ajoute M. Prô, la matière amorphe » qui infiltre les mailles du tissu cellulaire sous-muqueux et constitue » le dépôt interstitiel, on constate la même structure que dans l'infil- » tration produite par un travail inflammatoire. Cette infiltration con- » tribue à former un tissu qui se durcit et devient très-dense avec le » temps, mais qui n'a pas de tendance à dégénérer.

» M. Thompson, dans ses nombreuses recherches, n'a pas trouvé » dans ce tissu de fibres jaunes élastiques, et il est porté à croire qu'il » ne s'y en forme pas, quoiqu'on les trouve sous la membrane mu- » queuse, où elles constituent un des éléments normaux. »

On entrevoit déjà que M. Prô ne prête pas son appui à la théorie de la phlébite des corps spongieux comme cause du rétrécissement. Il appuie, au contraire, l'opinion d'un dépôt plastique sous-muqueux, conformément à l'opinion de M. Guérin, qui, dans sa cinquième conclusion, dit : « Dans la grande majorité des cas, les rétrécissements de » l'urèthre sont dus à la rétraction des fibres indurées du tissu réticu- » laire sous-jacent à la membrane muqueuse ; le point de départ de leur » production est souvent un dépôt de lymphe plastique. »

J'ajoute que ce dépôt, d'après M. Prô, peut être limité à l'espace sous-muqueux, mais qu'il peut infiltrer également les couches profondes, atrophier les fibres musculaires, envahir le corps spongieux dans toute son épaisseur, et même jusqu'au corps caverneux.

Je ne saurais d'ailleurs mieux résumer l'opinion de l'auteur qu'en citant le court passage qui suit (page 50) :

« Le premier effet de l'inflammation sur la membrane muqueuse » consiste dans une tuméfaction ou épaississement causé par l'engor- » gement des vaisseaux ; puis on observe dans la trame même de la » membrane une exsudation albumineuse qui s'étend aux tissus envi- » ronnants, qu'elle rend œdémateux. Toute cette matière se résorbe » assez vite dans des conditions favorables, c'est-à-dire dans les rétré- » cissements inflammatoires qui se terminent par résolution. Mais » quand l'état morbide persiste, on voit s'épancher de la lymphe plas- » tique en plus ou moins grande abondance, dans laquelle apparais- » sent bientôt des noyaux fibro-plastiques et des corps fusiformes qui » se développent chacun en une ou plusieurs fibres. — Le résultat dé- » finitif de ce travail consiste dans la formation d'un tissu fibreux au- » tour du canal, assez solide, et qui fait adhérer intimement la mem- » brane muqueuse aux tissus sous-jacents dont il infiltre les lames. »

Dès que ce tissu est formé, il amène la rétraction d'une manière incessante par un mécanisme qui lui est commun avec le tissu cicatriciel, qui consiste dans une atrophie progressive bien décrite par M. Robin, et que, pour ma part, j'ai depuis longtemps adoptée dans mes cours. Voici comment elle s'effectue :

La matière plastique se dépose dans les mailles des tissus normaux : elle se mêle à ceux-ci, d'où résulte d'abord une augmentation de volume, un gonflement ; si l'infiltration n'est pas très-prononcée, si elle ne dure pas trop longtemps, la trame organique n'est pas détruite et, la résolution ayant lieu en temps opportun, tout rentre dans l'ordre. Mais il en est tout autrement si le dépôt plastique est très-abondant ou se perpétue. Peu à peu il atrophie les éléments

normaux et se substitue lentement à eux. Lorsqu'enfin le travail de résorption, naturel à la matière plastique, s'empare d'elle, les phénomènes de rétraction commencent. Cette disparition graduelle de la substance infiltrée s'opère molécule à molécule, et elle offre toute l'énergie que présentent les phénomènes moléculaires, malgré leur lenteur; elle amène fatalement le rapprochement des fibres qui ont résisté à la destruction, la diminution d'étendue de la masse qu'elles forment, la diminution d'intervalle qui sépare les tissus voisins restés sains.

Ce phénomène, ajoute M. Prô, n'a rien de comparable à la contraction des tissus musculaires ; il est tout mécanique, et n'est point dû au raccourcissement de fibres quelconques.

Mais puisque je parle des lésions élémentaires qui composent les rétrécissements, je veux encore m'arrêter un moment sur une altération admise depuis longtemps. Je fais allusion aux fausses membranes qui s'organiseraient quelquefois, dit-on, à la surface de la muqueuse. Des autorités imposantes les admettent, telles que Rokitanski, Hancock, sans compter leurs prédécesseurs. J'accepte, pour ma part, les objections très-sensées qui ont été proposées par M. Guérin ; j'ajoute que M. Prô ne les croit pas capables de donner naissance aux coarctations uréthrales.

Je m'arrête ici, Messieurs, en exprimant un double regret: celui d'abord d'écourter un sujet si important, puis celui de n'avoir sur ce point d'anatomie pathologique qu'une expérience personnelle assez limitée. J'ai vu à la Société anatomique et ailleurs un assez bon nombre de rétrécissements de l'urèthre; mais je n'ai jamais eu l'occasion d'en disséquer moi-même. Aujourd'hui, je comprends la nécessité d'approfondir cette étude, et de rechercher les lésions délicates qui, jusqu'à ce jour, ont été peu explorées.

Votre rapporteur a l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remercîments à M. J. Prô;

2° De lui accorder le titre de membre correspondant.

M. GUÉRIN. J'ai lu le mémoire de M. Prô, et j'ai été fort surpris d'y trouver relatés trente cas de rétrécissements siégeant dans la portion membraneuse. J'avoue que, malgré ce chiffre, mes convictions sur la non-existence de ces rétrécissements ne sont en rien changées; car M. Prô a vu des pièces ainsi désignées dans les musées, mais il ne nous en donne pas la dissection. Pour moi, c'est sur des dissections que je m'appuie pour considérer les coarctations de la partie membraneuse comme étant tout à fait exceptionnelles. J'ai examiné, à Clamart, environ cent cadavres offrant plus ou moins d'écoulement uréthral; la

moitié avaient un rétrécissement; jamais la portion membraneuse n'en a été le siége. Comme je vois un pareil résultat constaté dans ces derniers temps par d'autres observateurs, par M. Shaw, par exemple, je crois fermement que la lésion qui cause le rétrécissement existe toujours en avant de la partie membraneuse du canal.

Quant à la nature de cette lésion, je vois M. Prô nous parler de brides inodulaires. Là encore, je crois à une erreur de sa part. J'admets bien que l'ulcération de la muqueuse peut produire un rétrécissement, mais parce que la lésion se produit plus profondément dans le tissu spongieux.

M. VERNEUIL. Je comprends très-bien les objections de M. Guérin ; car je dois avouer que les détails nécessaires font défaut dans l'ouvrage de M. Prô. Comme M. Guérin, j'ai été frappé de tous ces cas de rétrécissements dans la portion membraneuse, et j'ai fait la remarque que presque tous appartiennent à la collection du musée de Hunter, parce qu'ils sont étiquetés suivant l'opinion générale à cette époque. Or, je crois que M. Prô n'a pu guère juger que par l'étiquette, et que les bocaux ne lui ont pas été ouverts. Le doute est donc permis sur tout cela.

M. GUÉRIN revient sur les brides inodulaires de la muqueuse uréthrale. Il répète qu'il n'en a jamais rencontré dans les autopsies. Généralisant son opinion, il soutient que les membranes muqueuses ne peuvent elles-mêmes donner naissance au tissu inodulaire, et que dans les cas où ce tissu a été constaté, il avait pris naissance exclusivement dans le tissu sous-jacent à la membrane muqueuse.

M. BROCA demande à M. Verneuil si l'assertion de M. Prô sur la nature et la formation du tissu fibreux des rétrécissements repose sur des observations directes ou sur des idées simplement théoriques. On a avancé que le tissu fibreux de formation nouvelle passait toujours par l'état fibro-plastique ; il est certain qu'il en est quelquefois ainsi ; mais il est certain aussi que dans beaucoup de cas le tissu fibreux se forme de toutes pièces. J'ai examiné au microscrope le tissu de plusieurs rétrécissements ; je n'y ai vu jusqu'ici que du tissu fibreux. M. Prô parle d'une période transitoire où les rétrécissements seraient constitués par du tissu fibro-plastique, et je désirerais savoir si cette assertion est l'expression d'une théorie ou le résultat d'une observation microscopique.

Le secrétaire, Ad. RICHARD.

Séance du 7 janvier 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Enfoncement du pariétal gauche pendant l'accouchement. — M. DANYAU présente une femme qui a subi une version pour un cas de vice de conformation du bassin. Son enfant, également présenté à la Société, offre une dépression profonde sur le pariétal gauche.

Voici leur histoire abrégée :

La femme Aaron, âgée de vingt-deux ans, haute de 1 mètre 42 centimètres, et dont le bassin, vicié par le rachitisme , n'a que 7 centimètres et demi de diamètre sacro-sous-pubien , s'est présentée à la Maternité , pour la troisième fois , le 21 décembre dernier. Les deux premières fois, en février 1853 et juin 1855 , elle avait été admise entre le septième et le huitième mois , et à huit mois j'avais chaque fois, dit M. Danyau , provoqué l'accouchement à l'aide des douches utérines.

Le premier enfant, né vivant, avait été atteint quelques jours après sa naissance d'un sclérème, dont il avait heureusement guéri, et avait été emmené en bon état par sa mère.

Le second avait un peu souffert au moment de l'accouchement , qui avait eu lieu par l'extrémité pelvienne, et avait succombé huit heures après sa naissance.

Cette fois, la femme Aaron était non-seulement à terme (dernière époque menstruelle le 13 mars), mais déjà en travail depuis six heures lorsqu'elle entra à la Maternité.

Lorsque nous arrivâmes auprès d'elle, vers midi, l'orifice utérin était à peu près complétement dilaté et très-souple , les membranes entières. Fallait-il , les membranes rompues , abandonner pendant quelque temps au moins l'accouchement à lui-même , avec l'espoir, fondé sur le médiocre développement du ventre , que le petit volume du fœtus rendrait possible l'expulsion naturelle, sauf, dans le cas d'insuffisance des efforts maternels et d'impossibilité absolue , à intervenir plus tard diversement, suivant l'état de l'enfant? Ne pouvait-on pas, au contraire , tenter la version , pour laquelle d'ailleurs tout était si heureusement disposé , et ce cas particulièrement favorable à l'essai d'une méthode tour à tour préconisée et rejetée , et sur la valeur de

laquelle, quand il s'agit de viciation modérée du bassin, les opinions sont encore très-partagées ?

Notre parti pris pour la version, nous confiâmes le soin de la pratiquer à notre interne M. Tarnier, dont nous avions eu plus d'une occasion déjà de mettre à l'épreuve la prudence et l'habileté. L'opération fut faite avec toute la promptitude et toute la dextérité possibles. La tête seule offrit quelque résistance ; après quelques efforts bien dirigés, elle fut extraite ; l'enfant, légèrement asphyxié d'abord, ne tarda pas à respirer et à crier, et depuis lors, c'est-à-dire depuis dix-sept jours, il n'a pas cessé d'être dans l'état le plus satisfaisant, et pourtant cet enfant présentait à la naissance et présente encore un enfoncement avec fracture du pariétal gauche, enfoncement de forme triangulaire, étendu de la bosse à l'angle antérieur et inférieur, que couvre et remplit à peu près la première phalange du pouce, et qui a été produit par la pression contre l'angle sous-vertébral.

Cet enfoncement, comme nous avons pu nous en assurer à l'aide d'une empreinte en cire, est resté tel qu'il était à la naissance; les bords de ce triangle déprimé sont seulement devenus plus mousses.

Ce cas est remarquable par l'absence complète de phénomènes cérébraux, bien qu'une portion de l'hémisphère gauche soit nécessairement comprimée.

L'issue de l'accouchement a été aussi heureuse que possible, et ce cas peut sans doute être cité en faveur de la version dans les cas de rétrécissement peu considérable du bassin. Mais l'enfant, bien qu'à terme, n'est pas très-volumineux. Il ne pesait à sa naissance que 2 kilos 950, et n'avait que $0^{m},47$ de longueur. Sa tête était au-dessous des dimensions ordinaires (d. occip. m., 12 c. 1/2; d. o. fr., 11 c. 1/2; d. bi pariétal, 8 c., 7 m.). Du fond de la dépression à la bosse pariétale droite, il y avait 7 c. 1/2, ce qui est précisément l'étendue que, d'après la mensuration à l'aide du doigt, nous avons assignée au petit diamètre du détroit supérieur.

Mais avec une tête plus volumineuse et moins flexible, quelle eût été l'issue de l'accouchement, et peut-on de ce fait conclure en faveur de la version dans le cas de viciation modérée du bassin?

Consolidation d'une fracture comminutive et compliquée du fémur par un projectile de guerre. — M. LARREY présente un exemple de consolidation régulière d'une fracture comminutive et compliquée du fémur à son tiers supérieur par un gros projectile de guerre. Voici le résumé sommaire de l'observation :

M. le capitaine Y..., ex-lieutenant au 9ᵉ bataillon de chasseurs, fut

blessé, le 20 septembre 1854, à la bataille de l'Alma, par un biscaïen qui lui fracassa la cuisse droite. Le projectile, ayant pénétré par la face interne du tiers supérieur du membre, au niveau du muscle couturier, presque sur le trajet de l'artère fémorale, était ressorti directement en dehors en fracturant le fémur en éclats. M. Fleschut appliqua un appareil provisoire à l'ambulance, et fit évacuer aussitôt le blessé sur Constantinople.

Une consultation réunie à l'hôpital de Péra par M. Scoutetten ne sembla pas mettre en doute la nécessité de l'amputation, mais en la reconnaissant à peu près impossible sans désarticuler la cuisse. Or, la gravité de l'opération pouvait devenir encore plus funeste que la gravité de la blessure, et on fut d'avis de tenter la conservation du membre. Un appareil de Scultet fut d'abord appliqué pendant vingt-cinq jours, avec les précautions nécessaires aux pansements ; on y substitua un appareil inamovible pendant trente ou trente-cinq jours d'abord ; pendant vingt-cinq ensuite, à l'aide de la dextrine; et enfin un bandage roulé suffit pour maintenir la consolidation inespérée de la fracture.

Des morceaux de drap et de linge avaient été entraînés au dehors par la suppuration, un mois après la blessure : un premier fragment d'os en avait été extrait au quarantième jour. Bon nombre d'autres esquilles de diverses grandeurs, une trentaine environ, furent éliminées en sept ou huit fois, formant en tout une perte de substance à l'os de 4 à 5 centimètres à peu près. Un gonflement assez sensible et persistant de la cuisse jusqu'au genou fit présumer que le fémur avait pu être fissuré aussi ou fendu longitudinalement; mais malgré les accidents locaux suivis d'abcès, il ne survint pas de réaction générale ou de fièvre traumatique. Il est à remarquer aussi que le blessé, placé dans une salle où sévissait une épidémie de pourriture d'hôpital, en fut totalement préservé. Transporté enfin en France, il fit usage des eaux de Baréges et vit ses plaies se cicatriser en même temps que la consolidation de sa fracture devenait définitive, régulière, et que l'articulation du genou, à demi ankylosée, recouvrait peu à peu l'exercice de ses mouvements. C'est à peine si une légère claudication subsiste aujourd'hui, par un raccourcissement de 2 ou 3 centimètres, que diminue encore une chaussure élevée.

Voilà certainement, ajoute M. Larrey, un cas remarquable de chirurgie conservatrice substituée à l'une des indications les plus formelles de l'amputation primitive.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

— A l'occasion du procès-verbal, M. VERNEUIL a été surpris de

trouver dans le résumé statistique de M. Prô une aussi grande proportion de rétrécissements siégeant dans la portion membraneuse. Contradictoirement, il a dépouillé les *Bulletins de la Société anatomique*, où se trouvent consignées bon nombre de descriptions pathologiques. Voici le résultat :

30 rétrécissements portés par 24 malades, ainsi répartis :

Divers points de la portion spongieuse. . . .	15
Région du bulbe.	7
Union des portions bulbaire et membraneuse.	4

Quatre cas sont équivoques et demandent un mot de commentaire.

1° Nous trouvons une observation où il est dit que le rétrécissement de 6 millimètres d'étendue est à 4 centimètres du verumontanum, et rien de plus. On peut penser que le point rétréci siégeait au niveau du collet du bulbe. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1854, p. 189.)

2° Dans une autre observation, le rétrécissement est situé, dit-on, au commencement de la portion membraneuse. Mais vingt-sept sections avaient été pratiquées pendant la vie ; et d'ailleurs, le commencement de la région membraneuse se dit souvent pour l'union des portions bulbaire et membraneuse. (Même recueil, 1853, p. 7.)

3° Un troisième fait serait plus embarrassant; mais la mention en est si connue, qu'on pourrait élever des doutes sur la réalité du siége admis. En effet, on se contente de dire : M. L... présente un rétrécissement au niveau de la portion membraneuse. Quand un fait est exceptionnel, il doit être plus explicitement décrit. (Même recueil, 1854, p. 330.)

4° « M. Lediberder présente en 1835 un rétrécissement de l'urèthre long d'un pouce et demi. Le canal a dans ce point deux tiers de ligne de diamètre. Sa surface est lisse, parsemée de petites cicatrices linéaires. Au delà du rétrécissement, qui est situé dans la région prostatique, le canal présente une dilatation en entonnoir dont le sommet correspond au commencement du rétrécissement, etc., etc. (1). »

D'après le texte, on peut conclure que toute la région membraneuse était comprise dans le rétrécissement, puisque celui-ci avait un pouce et demi de long. Or, cette étendue elle-même indique que la lésion al-

(1) 1835, 10e année, p. 12. — Consulter, pour les observations de cette statistique : 1826, p. 17 ; 1827, p. 84; 1828, p. 2 et 217; 1835, p. 12, 69 ; 1837, p. 164 ; 1839, p. 9 ; 1840, p. 79; 1842, p. 15 et 285 ; 1845, p. 131; 1850, p. 170 et 204; 1851, p. 199 ; 1852, p. 101; 1853, p. 7 ; 1854, p. 163, 189, 330; 1855, p. 24, 25, 185.

lait jusqu'à la région bulbaire, car on ne peut guère attribuer plus d'un pouce de longueur à la portion membraneuse.

Malgré tout ce que ce fait a de singulier au premier abord, il ne constitue véritablement pas une exception à la règle. D'où je conclus que les trente cas indiqués dans les *Bulletins de la Société anatomique*, loin d'appuyer l'existence fréquente des rétrécissements dans la région membraneuse, contribuent à montrer la rareté de ce siége primitif des coarctations uréthrales.

Je trouve d'ailleurs, dans le même recueil, une remarque de M. Mercier, qui fait prévoir des difficultés pour distinguer le point où la lésion a débuté, même lorsqu'on a les pièces sous les yeux.

M. Dullos montre, en 1852, un rétrécissement de 2 millimètres de diamètre sur 5 de longueur, situé à 18 centimètres du méat, et siégeant au niveau du bulbe. En avant, la muqueuse est éraillée; en arrière, elle présente dans la portion membraneuse des stries blanches, traces d'inflammations répétées et chroniques.

M. Mercier fait observer que si le rétrécissement avait été dilaté, la lésion de la muqueuse, située en arrière, aurait fait dire que l'obstacle siégeait dans la portion membraneuse. C'est, ajoute-t-il, ce qui a trompé souvent.

M. GIRALDÈS. J'ai relu la thèse de M. Prô. J'avoue que je suis forcé d'être un peu plus sévère que M. le rapporteur sur la valeur de ce travail. On voit bien que M. Prô n'a point eu à sa disposition les pièces dont il parle. Je crois bien qu'il a au moins regardé à travers les bocaux, mais j'affirme qu'il a simplement copié les indications des catalogues des musées. Or, pour ce qui est du musée de Hunter, ces indications sont quelquefois excellentes quand elles ont trait à des malades suivis dans un hôpital de Londres; mais beaucoup concernent des pièces reçues de toutes mains, et pour lesquelles on n'a pu avoir aucun renseignement exact.

Je reproche aussi à M. Prô d'avoir négligé certaines collections qu'il avait près de lui à Londres, entre autres celles du musée de Saint-Georges, où les autopsies de Guthrie lui auraient été fort utiles.

En résumé, je dirai volontiers que M. Prô a fait une bonne thèse; mais comme mémoire, devant au moins représenter exactement l'état actuel de la science sur cette importante question des rétrécissements, il est tout à fait au-dessous du jugement qu'en a porté M. Verneuil, car il embrouille une question que les travaux contemporains, et je citerai surtout ceux de M. Syme, tendent à simplifier singulièrement, au grand bénéfice de la pratique.

M. VERNEUIL. Je partage au fond l'opinion de notre collègue. Je trouve seulement qu'il déprécie un peu trop le travail que j'ai analysé devant vous. — Et pour répondre par un chiffre, vous pouvez comparer dans la thèse de M. Prô 127 pièces de rétrécissements de l'urèthre. Trouverions-nous à Paris, dans un recueil ou dans un musée, une semblable collection ?

M. LARREY, tout en acceptant une partie des critiques de M. Giraldès, dit que le caractère sérieux de la thèse en question doit comporter un peu plus d'indulgence.

D'après les conclusions de M. Verneuil, des remercîments sont votés à M. Prô.

— A l'occasion du procès-verbal, pour une présentation d'une pièce de maxillaire inférieur enlevé et présenté par M. Maisonneuve, M. CHASSAIGNAC demande quelques explications sur la nature du mal et les suites de l'opération.

M. MAISONNEUVE. Cette tumeur a été regardée successivement par divers chirurgiens comme un cancer, un kyste, une ostéite. M. Broca vous donnera le résultat de l'examen histologique.

Quant aux suites de l'opération, je n'ai rien à en dire à la Société, car c'est une opération faite en ville. J'ai simplement présenté une pièce, et je désire ne pas dépasser la question d'anatomie pathologique.

D'après l'examen de M. BROCA, le ganglion enlevé avec la mâchoire était simplement hypertrophié. La dent qui semblait être le point de départ de la tumeur était entourée d'une production fongueuse, rougeâtre, dans laquelle je n'ai trouvé que du tissu fibreux avec un revêtement épithélial. L'opinion de M. Broca est qu'il s'agit là d'une maladie d'un follicule dentaire.

CORRESPONDANCE.

M. Mirault (d'Angers), nommé membre correspondant, adresse une lettre de remercîments.

— M. le professeur Heyfelder fait hommage à la Société de la traduction russe de son mémoire *sur la désarticulation coxo-fémorale.*

Cet envoi est accompagné d'une notice *sur les tumeurs de l'orbite;* cette notice sera lue dans une des prochaines séances.

— M. le docteur Joh. Wildberger (de Bamberg) adresse trois mémoires *sur divers points d'orthopédie.* (Commission : MM. Danyau, Richard et Bouvier.)

— M. le docteur E. Le Gendre fait hommage de sa thèse, pour le concours de l'agrégation, *sur le développement et la structure du système glandulaire.*

— M. le secrétaire annonce ensuite qu'il a reçu une pièce anatomique accompagnée d'une lettre non signée; qu'en semblable circonstance il n'est pas dans l'usage de répondre, et que la pièce sera remise à M. Houel, conservateur du musée Dupuytren.

LECTURE.

M. CHASSAIGNAC, remplacé au fauteuil par M. Bouvier, lit un travail *sur l'opération des tumeurs hémorrhoïdales au moyen de l'écrasement linéaire.* Cette lecture sera complétée dans la prochaine séance.

— M. VERNEUIL, à propos du procès-verbal de l'avant-dernière séance, complète l'observation du malade auquel il a amputé la verge le 24 décembre dernier. Cet homme a succombé le 5 janvier. Dans les premiers temps, les suites de l'opération avaient été satisfaisantes. Le quatrième jour, un frisson d'une heure s'était manifesté sans cause connue, mais il ne s'était pas renouvelé. Une petite eschare gangréneuse s'était formée à la surface de la plaie. Peu à peu le malade s'affaiblit, et refusa de prendre des aliments. La langue se séchait; un mouvement fébrile continu s'établit, mélangé de quelques frissons rares et courts. Il y eut le cinquième jour augmentation de la fièvre, et la mort survint dans la nuit.

La plaie avait été sans cesse baignée par l'urine, qui s'était toujours échappée entre la sonde et le canal, sauf dans les derniers jours. La solution de continuité en avait pris un aspect d'abord blafard, puis gangréneux, et le travail de la cicatrisation n'avait marché que sur les bords formés par la peau.

A l'autopsie, on trouva une eschare de 5 à 6 millimètres d'épaisseur au-dessous de laquelle les moignons des corps caverneux et de l'urèthre étaient cicatrisés. J'entends dire par là que les mailles des tissus spongieux étaient bouchées par un tissu fibreux dur et épais de plus d'un millimètre. La vessie, les reins, le poumon, le foie, ne présentaient aucune lésion. Les corps caverneux n'étaient point enflammés; il n'y avait dans leurs mailles ni coagulum ni pus.

Le corps spongieux de l'urèthre était également sain, depuis le point amputé jusqu'au bulbe. Mais ce dernier organe était complétement désorganisé, il offrait un ramollissement gangréniforme, néanmoins sans trace de fausse route ni d'infiltration urinaire.

Il est difficile d'assigner à cette dernière lésion une cause évidente,

mais évidemment l'écrasement linéaire n'y est pour rien. Les veines voisines ne présentaient pas de traces de phlébite.

La phlébite et l'infection purulente ne peuvent être invoquées ici comme causes de la mort. Peut-être faut-il en accuser une absorption lente de l'urine par la surface de la plaie, ou bien la gangrène, cependant bien limitée. A la vérité beaucoup de vieillards succombent lentement après des opérations chirurgicales, sans que l'on puisse apprécier facilement les causes réelles de la terminaison funeste.

M. H. LARREY. J'ai parlé d'un malade à qui j'ai pratiqué une amputation partielle de la verge. Il est à peu près guéri, comme nous le promettait sa jeunesse. Je profite de cette occasion pour rappeler à la Société un vœu déjà exprimé par elle, que la présentation des pièces et des malades soit toujours ici complétée par l'histoire des suites et du résultat définitif des opérations. A cette condition seulement, la science est digne et profitable.

M. GUERSANT. Je ne puis m'empêcher d'opposer au résultat funeste obtenu par M. Verneuil, à la suite d'une amputation de la verge par l'écraseur linéaire, cinq opérations pareilles que j'ai pratiquées, mais avec l'instrument tranchant. Mes cinq malades ont guéri, et sans que l'hémorrhagie m'ait préoccupé, et cependant c'étaient des vieillards.

M. FORGET. Le fait rapporté par M. Verneuil vient à l'appui de l'opinion des chirurgiens qui pensent que l'écrasement linéaire ne doit point avoir l'extension qu'on cherche à lui donner. Nous connaissons tous, en effet, tous les dangers des plaies par écrasement, dont le plus grand est de propager les dégâts au delà du point de section.

Pour l'amputation de la verge, comment ne serais-je pas frappé de l'insuccès de M. Verneuil devant les cinq cas de succès de M. Guersant, dus à l'instrument tranchant, auxquels je puis ajouter les opérations dont j'ai été témoin? Trois opérés de M. Ricord, deux de Lisfranc, ont donné quatre guérisons et une mort.

Le secrétaire de la Société, A. RICHARD.

Séance du 14 janvier 1857.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur fibro-plastique de la cuisse. — M. LARREY montre guéri le malade qu'il avait opéré quelques mois auparavant d'une énorme

tumeur fibro-plastique de la cuisse, et il en résume succinctement l'observation, en la complétant de la manière suivante :

Ce malade, sous-officier d'artillerie, est entré au Val-de-Grâce, le 10 juin 1856, portant à la cuisse droite une tumeur dont l'origine, déjà ancienne de plusieurs années, semblait due à une cause toute mécanique. Son développement progressif était parvenu à un volume tel que la circonférence de sa base mesurait 80 centimètres. L'ensemble de ses caractères l'avait justement fait considérer comme étant de nature fibro-plastique.

Présenté le 18 juin à la Société, le malade paraissait devoir être amputé de la cuisse, plutôt que soumis à l'extirpation de la tumeur; mais l'amputation aurait dû alors être faite près de l'articulation de la hanche, sinon dans l'articulation elle-même, et le résultat en eût été plus probablement funeste. C'est pourquoi je me décidai pour l'extirpation, en me tenant prêt à amputer le membre, s'il le fallait; et, pour diminuer autant que possible les difficultés d'exécution, j'exerçai le malade lui-même, pendant deux mois, à mouvoir sa tumeur en différents sens, afin de détacher une partie de ses adhérences et de la mobiliser ainsi davantage.

L'opération, pratiquée le 19 août, a mis la tumeur à nu par deux longues incisions courbes partant d'un point rapproché du pli de la cuisse pour se terminer près du genou. L'énucléation n'a pu être faite que dans une certaine étendue; il a fallu disséquer les muscles, resciser une portion hypertrophiée de l'un d'eux (le couturier), ménager le nerf sciatique dénudé, détacher enfin de la gaîne des vaisseaux fémoraux les adhérences de l'enveloppe de la tumeur, qui du reste n'avait aucun rapport avec le fémur.

La pièce anatomique, examinée le lendemain à la Société, puis soumise au microscope, a fait reconnaître les caractères essentiels du tissu fibro-plastique. M. Verneuil particulièrement s'en est assuré.

Voici maintenant quelles ont été les suites de l'opération, assez promptement faite d'ailleurs.

L'emploi du chloroforme avait été suspendu par prudence, et, quoiqu'il n'y ait pas eu d'hémorrhagie, la faiblesse du malade est extrême pendant les premiers jours, avec tendance continuelle aux syncopes. Du bouillon pour tisane et du vin sucré raniment peu à peu ses forces défaillantes. L'appareil de la réunion immédiate, laissé d'abord en place, est modifié le lendemain, et enlevé complétement le 26 (septième jour). La plaie se trouve dans des conditions très-satisfaisantes; l'adhésion de ses bords s'est effectuée en grande partie, principale-

ment dans les tiers supérieur et inférieur. Le pus s'écoule librement par le tiers moyen. Il n'y a point de douleurs, si ce n'est à la racine du membre, où existe un peu d'empâtement. La crainte d'un érysipèle nous fait remplacer les bandelettes de diachylon par des bandelettes de linge fenêtré enduites de styrax (c'est, pour le dire en passant, un moyen qui me semble avantageux, en général, comme agglutinatif des plaies suppurantes).

Les pansements, du reste fort simples, aidés de la position convenable du membre, favorisent aussi la suppuration, qui devient très abondante, et tend à refluer vers les angles de la plaie. Des pressions méthodiques l'en éloignent, mais l'empâtement douloureux du pli de la cuisse augmente, de l'œdème survient au pied, ainsi qu'à la jambe, et une tuméfaction circonscrite apparaît à la face antérieure de l'avant-bras droit, avec rétraction non douloureuse des doigts.

L'état général s'améliore cependant; le sommeil et l'appétit reviennent; il n'existe ni frissons ni diarrhée. Un foyer purulent, formé depuis quelques jours dans la profondeur de la région interne et supérieure de la cuisse, vient se vider au dehors par une ouverture spontanée, au niveau de la branche descendante du pubis et de l'insertion du muscle droit interne; et le lendemain (4 septembre), une seconde fistule s'ouvre un peu au-dessous de la première, dans le sillon génito-crural : d'où un dégorgement sensible de la partie supérieure du membre.

Quant à la tuméfaction de l'avant-bras, indéterminée d'abord dans sa nature, elle se révèle tout à coup, le 6 septembre, sous la forme d'un phlegmon profond, avec gonflement, tension, chaleur, douleur vive, flexion forcée des doigts, œdème circonscrit, frisson et fièvre. Cet état fébrile continue pendant quelques jours, mais sans symptômes de résorption purulente.

La suppuration de la cuisse, toujours très-abondante, s'écoule entièrement par les deux fistules ouvertes en haut, et le pus semble fuser le long de la gaîne du muscle droit interne, qui est décollé à son origine. Les bords de la plaie sont ulcérés à la partie moyenne, mais sans conséquence fâcheuse.

Le 13 septembre, la fluctuation, devenue manifeste à l'avant-bras, me décide à inciser la tumeur. Il s'en écoule une grande quantité de pus séreux; et, pour prévenir sa stagnation, l'ouverture est agrandie deux jours après. Les douleurs cessent; l'engorgement diminue, le foyer se déterge, et peu à peu la suppuration s'arrête. Elle est devenue en même temps beaucoup moindre dans la cuisse.

La réunion se maintient vers la moitié inférieure de la plaie, et la cicatrice s'établit solidement sur les parties profondes. Elle est plus tardive dans la moitié supérieure, par la persistance des fistules en haut, et au-dessous par l'ulcération de la peau, qui montre une portion des muscles à découvert. Mais enfin, du 15 septembre au 1er octobre, des pansements contentifs bien faits rétrécissent le foyer de la suppuration, rapprochent les téguments et favorisent la cicatrisation, qui s'établit progressivement et tend à devenir définitive.

L'œdème du membre diminue peu à peu, et nous avons soin d'exercer de plus en plus les mouvements de l'articulation du genou, pour en prévenir l'ankylose, ainsi que la flexion de la cuisse sur le bassin, et l'extension graduelle des doigts rétractés. L'opéré seconde nos efforts en s'accoutumant aussi aux mouvements du tronc, devenus difficiles par une immobilité prolongée, et vers la fin d'octobre, il commence à se lever, en reprenant des forces de jour en jour.

La cicatrice enfin est à peu près complète dans le courant de novembre. Une malaxation douce et journalière de la cuisse prévient les adhérences profondes, assouplit les muscles, et les rend aptes à reprendre leur contractilité. Deux petites ulcérations persistantes disparaissent à leur tour vers le milieu de décembre; la marche devient plus facile; les forces augmentent par l'exercice au grand air. La cicatrice se consolide, se régularise, sans présenter la moindre trace de la tumeur ni l'apparence d'une récidive, et la cuisse a repris sa forme normale, sans atrophie. Tel qu'il se présente aujourd'hui à l'examen de la Société, notre intéressant malade semble parvenu à une guérison radicale et il se trouve en état de reprendre prochainement son service de maître poudrier.

M. Larrey, en résumant ainsi cette observation, qui a été recueillie dans tous ses détails par le docteur Gaujot, son aide de clinique au Val-de-Grâce, montre de nouveau le dessin et le moule de la tumeur, pour en rappeler les proportions considérables.

M. DEMARQUAY cite une tumeur à peu près semblable, dont il a fait l'extirpation avec M. Monod.

M. HUGUIER. « J'ai vu, place Laborde, une malade qui portait une pareille tumeur à la face postérieure de la cuisse. J'essayai ce que M. Larrey a fait très-heureusement dans le cas qu'il nous a présenté, c'est-à-dire de pédiculiser la tumeur. J'employai, à cet effet, une compression au pourtour de la tumeur à l'aide d'une bande de caoutchouc. Au bout d'un mois j'avais obtenu un notable résultat; mais la malade refusa l'opération. »

M. DEMARQUAY désire savoir si M. Larrey est bien l'auteur de la méthode qui consiste à pédiculiser, à mobiliser ainsi les tumeurs.

M. LARREY. « Je répondrai à la question de M. Demarquay sur la mobilisation préalable des tumeurs à enlever, que l'on ne doit pas confondre ce procédé avec celui de la torsion pratiquée au moment de l'extirpation. La torsion, employée par M. Baudens pour les tumeurs ganglionnaires du cou, a pour but de les pédiculiser afin de les détacher plus facilement. La mobilisation, comme le mot l'indique, est un autre moyen que j'essaye à l'avance, dans la plupart des cas où des tumeurs diverses doivent être extirpées, pour détacher ou diminuer leurs adhérences et simplifier l'opération ; mais je n'en revendique point la priorité. »

M. CHASSAIGNAC. « L'opération de M. Larrey est très-heureuse : une des choses que j'aurais le plus redoutées chez son malade eût été la dissection de tous les muscles de la cuisse, et, partant, la production d'abcès inter et sous-musculaires, dont la gravité est extrême. Pour ce qui concerne la mobilisation préparatoire des tumeurs, il y a plus de vingt-cinq ans que j'ai entendu Lisfranc préconiser cette pratique. »

— M. MARJOLIN présente, de la part de M. Houzelot, une femme amputée de la portion transversale de la mâchoire, dont la pièce fut présentée à la Société par M. Giraldès le 12 novembre 1856.

M. Houzelot demande à la Société si une prothèse paraît applicable à ce cas.

Atrésie et oblitération congéniales des conduits auditifs externes. — M. MARJOLIN montre une enfant atteinte d'atrésie et d'oblitération congéniales des conduits auditifs externes.

« La petite malade (la nommée Lavranty, quatre ans) que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen offre ceci d'intéressant : c'est qu'elle présente deux vices de conformation congéniaux assez rares.

» Du côté droit, l'ouverture du conduit auditif externe est complétement oblitérée par un prolongement cutané légèrement déprimé au centre, au niveau de la conque, et s'étendant du tragus jusqu'à l'anthélix ; de ce côté, l'ouïe paraît nulle.

» A gauche, bien qu'on observe un vice presque semblable de conformation, il y a cette différence, qu'il existe un petit pertuis très-étroit donnant écoulement à un peu de suppuration qui ne ressemble pas à du cérumen. Un stylet enfoncé dans la direction de ce pertuis pénètre à peine à deux lignes de profondeur ; mais comme l'ouïe, bien qu'un peu dure, existe de ce côté, je suis porté à croire qu'il ne s'agit que d'une simple atrésie. Dans cette circonstance, j'ai cru devoir m'abstenir de toute opération, dans la crainte que des accidents inflamma-

toires ne fissent perdre complétement l'ouïe; j'ai pensé que, pour l'instant, il fallait se contenter de pratiquer des injections et de dilater lentement le petit pertuis pour prévenir son oblitération. »

— Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. CHASSAIGNAC présente quelques observations sur le fait d'amputation de la verge par M. Verneuil, qui a mis à l'ordre du jour de la Société la question de l'écrasement linéaire. « Je trouve, dit-il, que ce fait est tout à fait étranger à la nouvelle méthode dont je crois avoir enrichi l'art opératoire.

» M. Verneuil a fait simplement une *ligature*, car j'ai toujours reconnu qu'un fil pouvait couper les tissus ; mais l'action du fil est bien différente de celle de l'écraseur, qui, agissant à la manière d'une scie tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, condense et *tasse* les parties vivantes avant d'en faire la section.

» Les plaies par broiement, dont on a parlé, n'ont aussi que des ressemblances très-éloignées avec celles que produit mon instrument : celui-ci épuise ses effets sur le plan de section ; au contraire, les tissus broyés par une violence traumatique le sont à des hauteurs inégales et avec une diffusion qui fait leur danger.

» Dans cette question, du reste, je veux que mes collègues n'aient à me reprocher aucune vivacité. Je me contente d'appeler, de solliciter leur contrôle loyal. Mais parcourez le livre de Mayor dont il vous a été parlé dernièrement ; vous n'y trouverez rien qui ressemble à ma méthode. Jamais Mayor n'a séparé une tumeur séance tenante. Il a employé un serre-nœud avec un treuil ; seulement, mieux que d'autres chirurgiens, il a raisonné cet instrument et l'a appliqué à bon nombre de cas nouveaux. Quant aux instruments improvisés et destinés à séparer les tumeurs par striction, et qu'on vous a montrés ici, je me demande l'utilité de pareilles tentatives surtout faites sur des malades, quand moi j'ai passé six années à confectionner les miens. »

M. VERNEUIL dit que l'opération qu'il a pratiquée ne lui paraît plaider ni pour ni contre l'écrasement linéaire; au point de vue de la nouvelle méthode, il la considère comme non avenue.

CORRESPONDANCE.

M. MARJOLIN donne lecture d'une lettre de remercîments, adressée par M. James Paget, à l'occasion de sa nomination de membre correspondant étranger.

LECTURE.

M. CHASSAIGNAC, remplacé au fauteuil par M. Bouvier, continue la

lecture de son mémoiro sur l'opération des tumeurs hémorrhoïdales à l'aide de l'écrasement linéaire.

La lecture des conclusions de ce travail est renvoyée à la séance prochaine.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Rétrécissement de l'urèthre. — M. VERNEUIL montre un rétrécissement de l'urèthre qui vient du service de M. Michon. M. Mauriac, interne du service, a bien voulu abandonner cette pièce et communiquer sur les antécédents les renseignements suivants :

Le malade a eu une blennorrhagie il y a vingt ans. Depuis six années seulement il se plaint de dysurie ; jamais il n'a subi de traitement, on a seulement passé deux bougies quelques jours avant la mort, occasionnée accidentellement par une affection thoracique aiguë.

L'obstacle est situé à la région du bulbe. On trouve en ce point deux rétrécissements ; le plus considérable siége précisément au milieu de la région bulbaire, c'est-à-dire à distance égale du commencement antérieur et de la terminaison postérieure de ce renflement ; il a environ 2 millimètres de diamètre, paraît circulaire et épais de 1 à 2 millimètres. A 12 millimètres en avant, c'est-à-dire vers la terminaison de la région spongieuse proprement dite, on voit un autre point rétréci, épais de 1 millimètre à peine, et qui fait à la surface libre du canal un relief transversal peu élevé.

Entre ces deux rétrécissements, la cavité uréthrale a la forme olivaire. La surface est réticulée, présente une petite colonne étendue entre deux points voisins, mais libre dans tout son corps, de manière que l'on peut engager un stylet entre elle et la paroi uréthrale.

En arrière des rétrécissements, la muqueuse offre un aspect réticulé dû à la saillie de plusieurs faisceaux musculo-fibreux sous-jacents à la muqueuse. La même disposition s'observe dans l'intervalle des deux rétrécissements ; mais on constate de plus la dilatation extrême d'une lacune uréthrale. Au premier abord, on croirait à l'existence d'une fausse route. En effet, on peut introduire une bougie de 2 millimètres de diamètre parallèlement à l'axe du canal et jusqu'à une profondeur de 12 millimètres au moins. Mais l'hypothèse d'une fausse route n'est pas soutenable, par la raison que le cathétérisme n'a été fait que deux fois sans accidents, peu de jours avant l'autopsie, et que la voie anormalo n'offre nullement les caractères d'une solution de continuité traumatique.

Tout le reste de l'urèthre, au devant et en arrière des rétrécisse-

ments, est entièrement sain. Partout, même au point rétréci, la muqueuse paraît absolument saine. Le corps spongieux est dans le même cas; il ne semble ni induré ni enflammé. La pièce ayant macéré depuis fort longtemps, tous les tissus sont décolorés et un peu ramollis; on ne peut donc juger exactement des lésions qui existaient pendant la vie.

Rien de particulier aux régions prostatique et membraneuse. La vessie est hypertrophiée et de petite dimension. On observe sous la muqueuse, particulièrement vers le bas-fond, une très-grande quantité de saillies très-petites et qui ressemblent à un sablé fin. L'examen microscopique y reconnaît sans peine les glandules vésicales un peu hypertrophiées : on en compterait sans peine plus de deux cents.

Cette pièce est surtout destinée à élucider la question du siége des rétrécissements. Ici deux coarctations existent précisément dans la région du bulbe. Mais si on fend l'urèthre par sa face supérieure, le rétrécissement le plus profond paraît siéger au commencement de la portion membraneuse, ce qui se comprend sans peine, cette dernière région ayant beaucoup plus de longueur en avant qu'en arrière. Peut-être en était-il de même dans un bon nombre de faits où l'on place le siége du rétrécissement au commencement de la portion membraneuse.

M. Verneuil fait remarquer, à ce propos, que dans un bon nombre de descriptions anatomiques, le siége des rétrécissements est indiqué d'une manière extrêmement vague. Tantôt on note seulement qu'il est à telle ou telle distance du méat urinaire ou du col de la vessie, ou bien on se contente de dire qu'il réside *à la courbure*, *ou vers le bulbe*, ou vers la portion membraneuse. Ces indications suscitent beaucoup d'embarras; on les éviterait facilement, car les régions de l'urèthre sont si bien séparées, qu'avec un peu d'attention et une dissection même grossière, on peut facilement reconnaître le lieu précis qu'occupe la lésion.

M. ALPH. GUÉRIN remercie M. Verneuil de la présentation qu'il vient de faire. Il prie la Société de remarquer :

1° Que la membrane muqueuse n'est le siége d'aucune lésion au niveau des points rétrécis;

2° Que les rétrécissements ont leur siége dans les tissus sous-jacents à la membrane muqueuse.

Ces deux faits ont une grande importance; il les a constatés dans tous les cas de rétrécissement qu'il a eu l'occasion d'examiner.

La pièce présentée par M. Verneuil vient à l'appui de l'opinion de M. Alph. Guérin, qui admet que, si l'inflammation de la membrane

uréthrale est la cause des rétrécissements, elle ne leur donne naissance qu'en se propageant aux tissus sous-jacents à la membrane muqueuse, et non par la production du tissu inodulaire développé sur cette membrane.

Le secrétaire, A. Richard.

Séance du 21 janvier 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Enfoncement du crâne pendant l'accouchement. — M. DANYAU présente un enfant né naturellement depuis cinq jours, et qui offre un enfoncement du crâne.

« Il n'y a que quinze jours, dit M. Danyau, que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société l'enfant nouveau-né d'une femme rachitique, extrait par la version, et dont la partie antérieure et inférieure du pariétal gauche avait été enfoncée et fracturée par la pression contre la saillie sacro-vertébrale.

» Les cas de ce genre ne sont pas excessivement rares; ils ne sont pourtant pas très-communs, et voici que, pour confirmer une remarque tant de fois faite déjà dans les services des hôpitaux, il s'est présenté dans le nôtre, depuis notre dernière communication, un nouveau cas d'enfoncement avec fracture du crâne produit par la même cause, bien que dans des circonstances un peu différentes.

» L'enfant que je mets sous les yeux de la Société est le sixième d'une femme de quarante et un ans, dont le bassin vicié n'a que $0^m,09$ de diamètre sacro-pubien. Cet enfant est né naturellement. Il en a été de même des deux premiers et du cinquième. Ces trois enfants étaient dans de bonnes conditions, et ne présentaient, dit la mère, aucune lésion des os du crâne; ils ont succombé plusieurs mois après leur naissance. Le troisième et le quatrième, extraits à l'aide du forceps, sont nés morts. Peut-être les enfants étaient-ils très-volumineux; peut-être les contractions utérines ne furent-elles pas suffisamment énergiques. Au reste, les renseignements nous font absolument défaut. Ce qui est certain, c'est que dans l'un de ces accouchements, qui eut lieu à la Clinique, l'assistance la plus habile dut être donnée à la femme.

» L'enfant que je présente à la Société est né il y a cinq jours, après un travail long dans la première période, très-rapide, au contraire,

dans la seconde. Après la dilatation complète de l'orifice utérin, une demi-heure de bonnes et vigoureuses contractions a suffi pour l'expulser. C'est cependant un enfant fort, qui ne pèse pas moins de trois kilogrammes et demi, et dont les dimensions sont en rapport avec ce poids un peu au-dessus de la moyenne. Ainsi, la tête a $0^m,13$ dans son diamètre occipito-mentonnier, et $0^m,12$ dans le diamètre occipito-frontal. Le pariétal droit, il est vrai, a été enfoncé et fracturé contre l'angle sacro-vertébral. La dépression qui occupe la partie antérieure et supérieure de cet os a un demi-centimètre de profondeur ; au niveau de ses bords, l'os est fracturé. Du fond de la dépression, à la partie inférieure du pariétal gauche, il y a $0^m,078$.

» Quant à l'état de l'enfant, il est des plus satisfaisants. Aucun accident ne s'est manifesté depuis sa naissance, et rien ne fait craindre qu'il en survienne ultérieurement.

» Il ne faudrait pas conclure des deux cas que j'ai eu l'honneur de montrer à la Société que l'issue est toujours aussi heureuse. Je rappellerai seulement, pour démontrer le contraire, que dans un mémoire publié en 1843, j'ai fait connaître quatre cas de fracture avec enfoncement des os du crâne chez des enfants nés naturellement, et que dans trois de ces cas, compliqués d'épanchement intra-crânien, les enfants étaient nés morts. »

M. GOSSELIN demande si M. Danyau a revu ces enfants, et ce qui arrive de l'enfoncement. Pour lui, après avoir accouché une femme à l'aide du forceps, il constata, chez le nouveau-né, plusieurs fractures de l'occipital accompagnées, à la moindre pression, d'une crépitation très-sonore. M. Gosselin a pu suivre cet enfant. La consolidation s'est faite, et la tête offre une conformation entièrement régulière.

M. HUGUIER demande s'il s'agit, chez le petit malade présenté, d'une fracture ou d'un enfoncement.

M. DANYAU répond qu'avant d'avoir fait des autopsies, il pensait que, dans des cas pareils, il s'agissait d'enfoncements simples, mais que les dissections qu'il a faites lui ont toujours révélé l'existence d'une fracture.

M. CAZEAUX. « J'avoue que je ne partage pas cette opinion, au moins pour le cas qui vient de nous être présenté, et je suis disposé à croire qu'ici il n'y a pas de fracture. Vous remarquerez, en effet, que la dépression a lieu au niveau de l'angle postérieur inférieur du pariétal, et les saillies que l'on constate semblent appartenir à l'os sain.

» Pour ce qui est du pronostic, je crois que cela disparaîtra avec le

temps. J'ai vu plusieurs faits pareils qui se sont terminés sans laisser de traces. »

M. BROCA. « J'ai observé un cas semblable qui s'est terminé par un redressement complet. Une femme rachitique, admise à l'hôpital Lariboisière, avait été accouchée deux fois à l'aide du céphalotribe. Il s'agissait de l'accoucher pour la troisième fois. Ayant introduit le forceps, je le fis serrer par plusieurs aides si fortement, que je ne comptais guère amener l'enfant vivant. Il vivait pourtant, mais offrait un enfoncement du crâne avec plaie, causé par l'action de l'instrument. La plaie se cicatrisa, les fragments se relevèrent, et toute déformation disparut. »

M. DANYAU répond à M. Cazeaux qu'il existe, chez son petit malade, un peu d'œdème au niveau de la fracture, qui en masque les bords. S'il n'y a pas fracture à la table externe, au moins en existe-t-il à la table interne. « Je ferai remarquer à M. Broca que très-probablement la lésion qu'il attribue à la pression du forceps a été produite par l'angle sacro-vertébral. C'est une règle très-générale. »

— Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur L. Ciniselli, chirurgien en chef du grand hôpital de Crémone, adresse à la Société un mémoire sur l'emploi de l'électro-puncture dans le traitement des anévrysmes. (Commissaires : MM. Broca, Guérin, Giraldès)

— M. le docteur C. de Bordes, secrétaire de la Société médico-chirurgicale d'Amsterdam, adresse, au nom de la Société, la 1re livraison du second tome de ses *Mémoires*, et demande qu'un échange régulier des Mémoires soit fait entre la Société médico-chirurgicale d'Amsterdam et la Société de chirurgie de Paris.

M. LE PRÉSIDENT charge M. le secrétaire d'adresser une lettre de remercîments, et de dire en même temps que la Société de chirurgie sera très-heureuse d'établir des relations suivies avec la savante Académie d'Amsterdam.

— M. Larrey fait hommage à la Société des *Œuvres complètes d'Hippocrate*, traduites par de Mercy.

— M. Giraldès fait hommage de la traduction (par Delpech) du *Traité de l'anévrysme* de Scarpa.

Galvano-caustique. — A propos de la correspondance, M. BROCA lit l'extrait suivant d'une lettre adressée à la Société par M. Middel-

dorpf, membre correspondant à Breslau. Cette lettre a pour but de faire connaître à la Société les nouvelles applications de la galvanocaustique depuis le livre de l'auteur.

« ...... Depuis 1854, époque où a été publié le livre dont vous avez présenté l'analyse à la Société de chirurgie, j'ai eu l'occasion de pratiquer, au moyen de la galvano-caustique, un grand nombre d'opérations, qui sont venues confirmer tout ce que j'avais dit de cette méthode. Je vous adresse sur ces opérations une note que je serais heureux de pouvoir communiquer par votre intermédiaire à la Société de chirurgie.

» Je me suis plusieurs fois servi des cautères galvaniques pour arrêter les *hémorrhagies* après les opérations pratiquées avec l'instrument tranchant, et notamment après la résection de l'une ou l'autre mâchoire. Deux fois j'y ai eu recours, mais sans succès, contre des *névralgies*. L'une de ces névralgies occupait le nerf sciatique, et j'ai cautérisé l'oreille, comme cela a été conseillé; l'autre occupait les nerfs dentaires, et c'est sur les gencives que la cautérisation a été appliquée. J'ai pleinement et promptement réussi dans un cas de *gangrène d'hôpital*. Plusieurs *ulcères atoniques*, qui avaient résisté aux autres traitements, ont été guéris par la cautérisation galvanique.

» Le galvano-cautère, qui se manie comme un bistouri, m'a servi à enlever plusieurs *tumeurs carcinomateuses*. J'ai ainsi extirpé sans accident un carcinome fibro-plastique de l'extrémité inférieure du rectum. Deux autres malades, atteints d'épithélioma du rectum ou de l'anus, ont été opérés de la même manière; l'un d'eux est encore bien guéri, mais l'autre a déjà une récidive. C'est également avec le galvano-cautère que j'ai extirpé un épithélioma volumineux du talon d'un vieillard qui a bien guéri.

» J'ai traité avec succès plusieurs *fistules* par la cautérisation. Mais dans deux cas de fistule lacrymale, j'ai vainement essayé de faire oblitérer le canal naso-lacrymal; je n'ai pu obtenir une oblitération complète.

» Sur un enfant âgé de quatre ans, et atteint d'hypospadias, j'ai creusé à travers le gland un *urèthre artificiel*. La guérison est complète, et c'est un succès dont je me réjouis.

» J'ai guéri encore par la cautérisation galvanique plusieurs *épulis* et plusieurs *télangiectasies*. Je citerai entre autres une très-volumineuse tumeur érectile de l'oreille d'un enfant, complétement guérie par une seule opération.

» J'ai cautérisé et excisé de la même manière diverses excroissances ou *végétations* de l'anus.

» Deux fois j'ai pratiqué l'amputation de la verge avec une innocuité surprenante. Ces deux observations sont rapportées dans la thèse de M. Kirchner (*De amputationis penis galvano-caustica, comparati cum cæteris hujus operationis methodis.* Breslau, 1856).

» Je rapprocherai de ces deux faits un cas d'amputation du clitoris, nécessitée par une tumeur éléphantiasique du volume du poing.

» J'ai réussi également à extirper complétement, en ménageant les testicules, les cordons spermatiques et la verge, un éléphantiasis vraiment énorme du scrotum. Malgré l'étendue considérable de la plaie, le malade s'est très-bien rétabli.

» J'ai pratiqué deux fois la castration; l'un des deux malades avait une tumeur testiculaire du poids de 3 kilogrammes. Je commençai par couper le cordon au moyen de l'anse coupante galvanocaustique, puis j'achevai de séparer la tumeur avec le galvano-cautère. (Guérison.)

» Les résultats que j'ai obtenus dans le traitement des polypes des diverses régions me paraissent très-encourageants. Je me bornerai à mentionner trois polypes de l'oreille que j'ai enlevés avec l'anse coupante. Mais j'insisterai davantage sur six nouvelles opérations de polypes naso-pharyngiens, que j'ai excisés depuis la publication de mon livre. Ces six opérations ont été pratiquées sur quatre individus, tous en récidive. Trois d'entre eux avaient été opérés une première fois par la galvano-caustique, et j'ai déjà publié le commencement de leurs observations. Le nommé Sacker, sur lequel j'avais fait deux ans auparavant la première application de la méthode galvano-caustique, avait une tumeur assez volumineuse qui s'était reproduite, surtout dans les fosses nasales; afin de couper le pédicule le plus haut possible, je commençai par pratiquer à la racine du nez une ouverture à travers laquelle je fis passer les fils de platine. Cette opération a été décrite dans la thèse de M. Théod. Jahn (*De polypis narium;* Breslau, 1855). Le second malade, nommé Wurche, a subi sa seconde opération dix-huit mois après la première. La tumeur n'occupait que le pharynx et fut extirpée sans la moindre effusion de sang. Le troisième malade était le nommé Gottfried Kochale, déjà opéré plus de deux ans auparavant. La tumeur récidivée était limitée au pharynx, et je l'enlevai au moyen de l'anse coupante sans répandre une goutte de sang. Le quatrième malade était en récidive, comme les trois autres, et même en seconde récidive, car il avait déjà été opéré à deux reprises par l'instrument

tranchant; chaque fois les chirurgiens, pour se faire du jour, avaient commencé par fendre le nez dans toute sa longueur; l'hémorrhagie dans ces deux cas avait été très-considérable, et le malade était resté anémique au plus haut degré. Lorsque cet homme vint me trouver pour sa troisième récidive, sa tumeur était plus grosse que le poing; tous les os de la face étaient écartés; les traits étaient défigurés, et la voûte palatine, considérablement déviée, faisait dans la bouche une saillie hémisphérique. La tumeur occupant à la fois les fosses nasales et le pharynx, je ne crus pas pouvoir l'enlever en une seule séance. Le premier jour, je me contentai donc de passer l'anse coupante autour de la masse pharyngienne, que je coupai d'arrière en avant. Onze jours plus tard, je procédai à la section de la racine nasale; mais, au lieu d'introduire les fils et l'instrument par le nez, je les introduisis par derrière, en les faisant contourner le voile du palais, de telle sorte que l'anse coupa le pédicule nasal d'avant en arrière. Ces deux opérations se firent sans hémorrhagie, et le malade, considérablement soulagé, s'améliora rapidement. Mais je m'aperçus que la racine nasale du polype n'avait pas été entièrement enlevée, et qu'il restait encore plusieurs fragments au niveau de l'implantation. Cette fois il n'était plus possible d'employer l'anse coupante, puisqu'il n'y avait plus de tumeur saillante. Je fis donc construire un galvano-cautère en forme de pelle, à manche très-mince, et, l'introduisant à travers la narine, j'allai détacher directement les derniers restes du polype. Cette troisième et dernière opération fut pratiquée dix-neuf jours après la seconde et trente jours après la première. C'est ainsi que j'ai pu guérir au moyen de la galvano-caustique un individu épuisé qui avait difficilement résisté à une opération sanglante.

» J'ai excisé par la même méthode deux polypes utérins descendus dans le vagin sur deux femmes affaiblies par des hémorrhagies répétées. La guérison a été très-prompte. L'une de ces malades était vierge, et il me fut possible d'introduire les instruments et d'achever la section sans sacrifier la membrane hymen. Mais, lorsque la tumeur fut détachée, il fut très-difficile de la faire passer à travers la vulve.

» C'est encore au moyen de l'anse coupante que j'ai enlevé une énorme tumeur cancéreuse du col de l'utérus. On fit des injections froides pendant l'opération pour empêcher le rayonnement de la chaleur. La plaie se cicatrisa, et la malade, délivrée des hémorrhagies et de la suppuration ichoreuse qui l'épuisaient, reprit promptement des forces. Mais elle mourut plus tard d'une récidive.

» J'ai plusieurs fois employé le cautère à porcelaine pour la cautéri-

sation du col de l'utérus, et ce moyen m'a paru plus commode que l'application du fer rouge.

» Dans un cas de *prolapsus de la membrane uréthrale*, chez une jeune fille, j'ai introduit une sonde en gomme dans l'urèthre, et j'ai coupé à la fin, au moyen du fil de platine incandescent, la tumeur et la sonde.

» M. Harpeck a rapporté dans sa thèse l'observation d'un malade atteint de *polype du rectum*, et opéré par moi au moyen de l'anse coupante (*De polypis recti*, Breslau, 1855). J'ai opéré de la même manière plusieurs malades atteints de *prolapsus anal;* tous ont guéri, même une jeune fille de dix-sept ans, chez laquelle la tumeur du prolapsus avait une longueur de plusieurs pouces.

» C'est avec le cautère à porcelaine que j'ai cautérisé un grand nombre de bourrelets hémorrhoïdaux. Cette méthode jusqu'ici a été constamment couronnée de succès, et me semble préférable aux autres, sous le rapport de l'innocuité, aussi bien que sous le rapport de la facilité de l'opération.

» J'ai opéré dernièrement, au moyen du séton incandescent, une *pseudarthrose de l'humérus*, qui avait déjà été traitée sans succès par les chevilles d'ivoire de Dieffenbach. J'ai passé un fil de platine entre les fragments, et je l'ai ensuite chauffé au rouge. Il n'est pas survenu d'accidents, mais je ne puis dire encore quel sera le résultat de cette opération.

» Outre les trois thèses que j'ai citées plus haut, il a été soulevé à Breslau, l'année dernière, une dissertation de M. Zande, intitulée *Methodus galvano-caustica et écrasement linéaire inter se comparantur*, Breslau, 1856.

» Vous avez cru devoir faire, dans votre rapport, quelques réserves sur la question des pyohémies, et vous vous êtes demandé si la galvano-caustique mettait bien à l'abri de cet accident. Je vous écrirai bientôt sur ce sujet... »

Breslau, le 3 janvier 1857.

LECTURES.

M. CHASSAIGNAC lit les conclusions de son travail sur l'opération des tumeurs hémorrhoïdales à l'aide de l'écrasement linéaire.

La discussion est ouverte sur cette lecture.

M. HUGUIER. « Il y a dans cette discussion deux points, la section linéaire en général, et en particulier l'ablation des hémorrhoïdes à l'aide de l'écraseur.

» En juin 1852, j'ai fait construire un serre-nœud en acier pour enlever séance tenante un polype utérin formé par l'hypertrophie du tissu propre de l'utérus, polypes qui habituellement sont extrêmement vasculaires, et ne peuvent être enlevés à l'aide de l'instrument tranchant sans un sérieux danger d'hémorrhagie. Le serre-nœud de Græfe en argent s'était faussé entre mes mains.

» Pour les hémorrhoïdes, deux fois j'ai employé l'instrument de M. Chassaignac. Une première fois chez un homme, pour une petite tumeur; les choses ont été d'une extrême simplicité. La seconde opération date aujourd'hui de quinze jours, c'était une femme qui portait une tumeur hémorrhoïdale beaucoup plus volumineuse et occupant tout le pourtour de l'anus. L'opération s'est très-bien faite, et n'a été suivie que d'une perte de sang insignifiante. Mais, depuis lors, une rétention d'urine s'est déclarée, laquelle persiste encore aujourd'hui. Cette suite fâcheuse et si persistante m'étonne d'autant plus qu'il s'agit d'une femme. »

M. MAISONNEUVE « Il n'est jamais entré dans mon esprit de vouloir en aucune manière déprécier les travaux d'un de nos collègues ; et si, dans une précédente séance, en parlant de la méthode qui consiste à diviser extemporanément nos tissus à l'aide d'une ligature, j'ai dit que cette méthode n'était pas nouvelle dans la science, c'est que j'avais la certitude de ne rien avancer qui ne fût parfaitement exact.

» En effet, sans remonter bien loin, si l'on ouvre l'un des ouvrages classiques les plus répandus, *le Traité de médecine opératoire* de Sabatier, revu par Dupuytren, on y voit que ce grand maître établit, de la manière la plus nette et la plus précise, à l'occasion de la ligature en général, la distinction entre la ligature qui produit la *section instantanée* et celle qui produit la section lente ou par gangrène.

« On supplée quelquefois, dit-il, aux instruments tranchants par la » ligature. Celle-ci consiste dans la constriction exercée avec un fil mé» tallique ou non, qui embrasse fortement une partie dans l'intention » de la *couper immédiatement* ou de la faire tomber après l'avoir pri» vée de la vie.

» Il résulte de là, ajoute-t-il avec cette forme magistrale qui lui est » si familière, que la ligature a deux manières d'agir : dans l'une, *les » parties sont divisées comme elles le seraient par un instrument tran» chant qui n'agirait qu'en pressant;* dans l'autre, la constriction ne » fait qu'interrompre la circulation dans les tissus embrassés, et ce » n'est qu'après y avoir déterminé la gangrène qu'elle provoque leur » chute. Il faut avoir sans cesse présent à la pensée, continue t-il, ces

» *deux* manières d'agir des ligatures, soit qu'on étudie leurs effets, soit » qu'on veuille choisir pour les pratiquer les moyens les plus convena- » bles aux cas particuliers. »

» Un peu plus loin, après avoir décrit les divers instruments propres à l'exécution des ligatures : fils métalliques ou autres, serre-nœuds divers, etc., il ajoute : « Ces instruments servent à exécuter toutes les » *solutions de continuité que la ligature peut produire*. Il suffit même, si » l'on a affaire à des tumeurs superficielles et pédiculées, telles que » ficus, lipomes à base étroite, susceptibles d'être coupées et de tom- » ber aussitôt, il suffit de simples fils de soie, lesquels, semblables au » tranchant d'un bistouri qui n'agirait qu'en pressant, coupent les par- » ties en les contondant. »

» Cette distinction, qu'on retrouve dans presque tous les ouvrages de médecine opératoire, était donc véritablement classique. Seulement, de ces deux modes d'action des ligatures, *section instantanée* et section lente, le second était considéré comme de beaucoup le plus utile; l'autre n'était recommandé que pour les tumeurs dont les vaisseaux peu volumineux n'ont pas besoin pour s'oblitérer d'une puissance hémostatique énergique et prolongée.

» Cependant, il faut en convenir, la ligature comme moyen de division de nos tissus était singulièrement délaissée, quand Mayor (de Lausanne) s'efforça d'en généraliser l'usage ; on peut même dire qu'il apporta à cette œuvre de toute sa vie une sorte d'acharnement. Comme tous les chirurgiens ses prédécesseurs, il accorda, il est vrai, une préférence marquée à la ligature par étranglement, sur la ligature par écrasement ; mais les efforts qu'il fit pour multiplier les applications de la ligature en général, les perfectionnements notables qu'il apporta aux procédés usités de son temps, s'appliquent d'une manière évidente à l'une et à l'autre méthode.

» C'est ainsi que dans son mémoire sur la ligature en masse, après s'être étendu avec détails 1° sur le choix du fil, « qui, dit-il, ne saurait » jamais être trop fort et devra être formé de cordons de soie écrue » d'une grosseur plus ou moins considérable, de fils de platine ou » d'argent d'un diamètre convenable, ou de quelque chose de mieux » encore, s'il y en a » ; 2° sur le choix d'un tube constricteur, « qui » de préférence sera en métal et de calibre varié, suivant les circon- » stances » ; sur la machine à serrer, « qui sera ou bien un des tourni- » quets ordinaires usités en chirurgie, s'il s'agit de grosses tumeurs, » ou bien une espèce de treuil ou cabestan, ou bien enfin un simple » cylindre en bois », cet auteur ajoute « que, par le fait même du mé-

» canisme, l'anse de la ligature, attirée violemment sur le bout du tube, » serait forcée d'y entrer si elle n'embrassait pas un corps étranger, » et qu'alors c'est celui-ci qui se trouve pressé et comme écrasé contre » le tube par le lien constricteur.

» C'est ainsi, continue-t-il, que peut s'opérer une constriction gra» duée qu'il est facile de porter à l'extrême. Elle est capable d'étran» gler en peu d'instants un pédicule assez volumineux, de déchirer » promptement les tissus, de les *couper* même de la même manière » que le marchand de savon coupe ce dernier avec le fil métallique.

» D'autres fois, ajoute-t-il, s'il s'agit de tumeurs arrondies, on peut, » après avoir incisé la peau, les entourer d'un lien constricteur, et » celui-ci, formé d'un cordon passablement épais, peu propre, par con» séquent, à couper un corps sphérique, poussera la tumeur devant lui » et déchirera bien plus tôt le tissu cellulaire et les parties adjacentes, » qui sont d'ordinaire moins denses et moins résistantes que la tumeur » elle-même ; il arrivera, de cette manière, que le corps étranglé, libre » par devant au moyen de la section de la peau, pourra être expulsé » comme un noyau de cerise. »

» Un peu plus loin, le même auteur, posant les règles de la ligature en masse, dit : « *Poussez d'abord la constriction aussi loin que vous le » pourrez sans risquer de rompre le lien.* Par ce moyen, vous détachez » ou disséquez la tumeur, si elle est entourée de tissus mous et faciles » à rompre ; ou bien vous l'étranglez, aussitôt vous la privez de ses » moyens d'existence, si elle est formée au contraire de tissus durs, » résistants, difficiles à pénétrer ou à comprimer. »

» Comme on le voit, entre les mains de Mayor, la ligature par écrasement *avait déjà pris une extension remarquable.* Mais en perfectionnant les moyens de constriction, en leur donnant surtout plus de puissance, on pouvait étendre plus loin encore son domaine ; c'est ce qu'a fait, en partie, notre collègue dans son *Traité de l'écrasement linéaire.*

» Je dirai plus ; elle était, selon lui, le but auquel devait tendre le chirurgien, mais que l'insuffisance seule des moyens de constriction ne permettait pas d'atteindre toujours. Cette insuffisance n'empêchait pas cependant Mayor de donner à ce qu'il appelle sa nouvelle méthode le nom de *Nouvelle méthode d'amputation*, et d'en préconiser l'usage pour l'extirpation complète de la langue, pour son amputation partielle ; pour la ligature des paquets d'hémorrhoïdes ; pour l'extirpation des tumeurs érectiles ; pour l'extirpation des goîtres : pour l'amputation de la verge, pour celle des polypes utérins ; et même, à ce sujet,

il plaisante sur les serre-nœuds de son temps, q i, dit-il, pourraient à la rigueur suffire à cette facile besogne, tout en recommandant son *constricteur* à ceux qui tiendront *à expédier promptement* la destruction de ces tumeurs.

» Il est à regretter seulement que des deux procédés, admis dans la science pour opérer l'écrasement linéaire, ce soit justement le moins avantageux qu'il ait choisi pour base de ses travaux. En effet, d'après ce que nous venons de voir, la ligature par écrasement peut être exécutée de deux manières : ou bien par la constriction simple de la ligature, ou bien par la pression beaucoup plus puissante de ce lien lui-même contre l'anneau du serre-nœud. Or, dans l'instrument de M. Chassaignac, le lien constricteur formant un anneau complet avant de rentrer dans son tube, c'est seulement suivant le premier mode qu'a lieu la constriction ; ce qui fait que notre collègue, pour donner à son instrument une puissance suffisante, s'est trouvé dans la nécessité d'adopter exclusivement la chaîne articulée, qui est bien loin de se prêter aussi facilement que les ligatures ordinaires aux diverses exigences de la pratique. D'une autre part, si l'on considère que le mécanisme à cliquets adopté par M. Chassaignac pour son serre-nœud est de beaucoup inférieur comme puissance, comme régularité d'action et comme facilité de manœuvres à la vis du serre-nœud de Græffe, on comprendra que la supériorité du serre-nœud de M. Chassaignac sur les serre-nœuds ordinaires ne tient en réalité qu'au volume de cet instrument. Or, en donnant plus de volume aux serre-nœuds anciens, non-seulement on obtient le même résultat, mais encore on arrive, à volume égal, à un degré de puissance beaucoup plus considérable, comme on peut s'en assurer en jetant les yeux sur le serre-nœud que j'ai l'honneur de soumettre à la Société, et qui, construit sur le principe du serre-nœud de Græffe, permet d'opérer la constriction et l'écrasement des tissus les plus résistants avec les ligatures les plus usuelles, tels que cordon de soie ou de chanvre, fils de fer, d'argent, de laiton ou de platine.

» Ainsi donc, pour me résumer :

» 1° La ligature par écrasement, ou l'écrasement linéaire, était depuis longtemps connue dans la science et décrite dans les livres classiques.

» 2° Ses applications se sont étendues à mesure que les moyens de constriction se sont perfectionnés.

» 3° Mayor (de Lausanne) est un de ceux qui ont fait le plus d'efforts pour généraliser cette méthode.

» 4° M. Chassaignac lui a fait faire un nouveau progrès en donnant

plus de volume et, partant, plus de force aux instruments constricteurs, quoique, sous le rapport de son mécanisme, l'instrument qu'il a adopté soit inférieur aux instruments déjà connus.

M. CHASSAIGNAC. Je vous prie de remarquer, messieurs, que, si la question qui s'agite en ce moment a été placée sur le terrain de la chirurgie instrumentale ou des luttes de priorité, ce n'est pas moi qui lui ai donné ce caractère. Je connais votre éloignement pour les discussions de ce genre, qui sont plus industrielles et personnelles que scientifiques.

Toutefois, puisque par une insistance fatigante et peu habile, on me force à prouver, pièces en main, la fausseté des allégations produites à cette tribune, je vais citer les textes auxquels il a été fait allusion.

Prenons d'abord le serre-nœud de Mayor (fig. 23, pl. II, de la *Chirurgie simplifiée*); c'est ce petit instrument connu de tous les chirurgiens, et dont les plus simples notions d'histoire de la chirurgie auraient suffi pour montrer l'origine. De quoi se compose-t-il? D'un tube métallique, de petites boules ressemblant à un chapelet, d'un treuil ou tourillon.

Eh bien, le tube appartient à Fallope, le chapelet à Roderic, et quant au treuil, je ne pense pas qu'on fasse honneur de son invention à Mayor.

Voilà pour l'instrument. Voyons la méthode.

Je cite textuellement. Si je procédais par affirmations, sans preuves, je pourrais être accusé de mauvaise foi, surtout s'il s'agissait de dépouiller quelqu'un de ce qui lui appartient.

T. I, p. 468 de la *Chirurgie simplifiée :* « ... Un seul lien, quand il est bien appliqué, peut faire *sphacéler* une énorme tumeur... L'étranglement par un vigoureux constricteur ne tarde pas à enrayer la circulation dans la tumeur et à lui donner l'aspect, l'odeur et le froid qui caractérisent la *gangrène.* »

C'est donc bien positivement par *sphacèle*, par *gangrène* que Mayor fait tomber les parties qu'il embrasse dans son serre-nœud.

Dans tous les cas, sans exception, l'écrasement linéaire fait tomber la tumeur sur-le-champ.

T. I, p. 471 : « Ai-je besoin de dire qu'il faut *toujours découvrir* la tumeur avant de l'étrangler ? Car on ne la lie *jamais* sur les téguments.»

Et plus bas :

« On fera toujours aux téguments, suivant les règles de l'art, les incisions nécessaires pour pouvoir *disséquer*, isoler et mettre *largement* à nu le corps qu'on veut lier. »

Comment, après des déclarations aussi explicites, peut-on assimiler un procédé qui fait une aussi large part à l'instrument tranchant, à une méthode qui l'exclut d'une manière positive.

Pour Mayor, l'agent de constriction c'est un *fil* (soie, argent ou platine); pour l'écrasement linéaire, c'est une *chaîne* à pièces articulées.

De ce que dans l'un ou l'autre cas on veut exercer une forte constriction, conclure à l'identité des instruments et de la méthode, c'est quelque chose d'aussi étrange que d'assimiler entre eux tous les instruments de la lithotritie, par cela seul qu'ils ont pour objet le broiement d'un calcul.

(T. I, p. 462).... « La plaie ne tarde pas à se déterger, et les téguments qu'on aura eu soin de *disséquer* préalablement....

Ainsi dissection préalable, emploi du bistouri dans le système de Mayor, tandis que, dans l'écrasement, rien de semblable. Pour exemple, je citerai l'amputation du sein. Je fais passer sous la tumeur, au moyen d'un trocart, une chaîne qui la divise en deux moitiés ; chaque moitié est enlevée ensuite avec le seul secours de la chaîne, il n'y a donc intervention du bistouri ni au commencement ni à la fin de l'opération.

Je sectionne toujours sur-le-champ et j'attends un fait, un seul où il soit établi que Mayor ait jamais, avec son serre-nœud, opéré la section immédiate.

S'agit-il de l'amputation d'une moitié latérale de la langue, voici ce que dit Mayor, p. 491 :

« On commencera par *séparer* la moitié malade au moyen d'un trait de *bistouri*..... »

Tous ceux qui ont bien voulu prendre connaissance de mon livre savent très-bien que, dans aucun des procédés que j'ai proposés pour l'amputation, soit partielle, soit totale de la langue, je ne fais absolument aucun usage du bistouri.

Pour les hémorrhoïdes, voici le texte de Mayor : « Après avoir soumis les parties à une facile et forte constriction, elles se sphacèlent en 24 *ou* 36 *heures*..... »

Vous comprenez tout ce qu'a de pénible la position du patient, obligé de garder pendant 24 ou 36 heures l'instrument de son supplice, et qui, au bout de ce temps, ne se trouve même pas encore débarrassé de sa tumeur.

Dans l'écrasement, au contraire, c'est au bout de 9, 10 ou 12 minutes au plus que la chute du bourrelet hémorrhoïdal le plus volumineux

s'accomplit, sans s'accompagner de la moindre trace de sphacèle, co complément obligé de l'emploi du serre-nœud.

Si nous tenons compte des résultats cliniques, en regard d'un nombre considérable d'observations publiquement recueillies, les procédés de Mayor ne sont pas démontrés cliniquement par une seule observation complète et authentique.

Je me trompe, il en existe une, et c'est un modèle dans le genre de ces exécutions que des hommes connus pour le peu de solidité de leur jugement prennent pour le beau idéal de la chirurgie.

Le fait est rapporté p. 454. Il a pour sujet une jeune fille ayant un goître peu volumineux. Incision longitudinale ; hémorrhagie épouvantable qui arrête net l'opérateur ; lien passé sous la tumeur, un premier, un deuxième, un troisième, et, les jours suivants, un quatrième. Bref, dit en terminant l'opérateur, je ne réussis qu'après avoir rompu mon fil à plusieurs reprises, et *tourmenté* longtemps ma malade..... je le crois bien.

Voilà ce qu'on a osé présenter comme un exemple d'ablation de goître par l'écrasement linéaire.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Éléphantiasis d'un doigt. — M. BROCA montre un doigt atteint d'éléphantiasis dont il a fait l'extirpation. L'opéré est mort d'infection purulente. La dissection ne montre qu'une hypertrophie considérable de la couche sous cutanée.

Cancer du col de l'utérus enlevé à l'aide de l'écraseur linéaire. — M. DEMARQUAY présente une tumeur du volume du poing formée par le col de l'utérus dégénéré.

L'observation de la jeune femme qui a subi cette opération est intéressante. Elle est âgée de vingt-huit ans, avait toujours eu une santé parfaite, lorsque , il y a six mois , elle a commencé à souffrir dans le bas-ventre et à éprouver des hémorrhagies utérines graves. Les médecins appelés à lui donner des soins constatèrent une altération du col, pour la guérison de laquelle on fit des cautérisations répétées. Le mal faisant des progrès, la malade vint à Paris , et fut confiée aux soins de M. Demarquay, qui a reconnu un cancer énorme du col utérin, saignant au moindre contact, mais parfaitement indépendant des parties voisines; il avait, en quelque sorte, la forme d'un chou-fleur, dont la continuité avec le corps do l'utérus était délimitée par une espèce de col. Le toucher n'était point douloureux , mais il occasionnait une perte de sang considérable.

Le doigt pénétrait facilement au milieu de la masse cancéreuse, et en amenait des fragments au dehors. M. Demarquay, après avoir pris l'avis de M. Monod, se décida à enlever la tumeur à l'aide de l'écraseur linéaire.

Des pinces-érignes furent implantées dans la partie saine du col. L'utérus fut ainsi abaissé et la chaîne d'un écraseur placée au-dessus des érignes. En moins de trois minutes cette masse était enlevée en présence de M. Monod. M. Demarquay ne donna point de chloroforme, à cause de la faiblesse de la malade. Aucune hémorrhagie n'eut lieu ni pendant ni après l'opération. La malade a bien guéri, quant à présent. Il s'est passé depuis cette opération un fait assez curieux : l'écraseur avait fait une large plaie au fond du vagin, au centre de laquelle on sentait l'utérus. Il n'y avait plus vestige du col. A mesure que la plaie se cicatrisait, on voyait en quelque sorte renaître le museau de tanche. Maintenant que la malade est guérie, il y a un petit col utérin qui s'est reformé.

Le deuxième secrétaire, A. Richard.

RÉSUMÉ D'UN MÉMOIRE

SUR LE TRAITEMENT DES TUMEURS HÉMORRHOIDALES

PAR LA MÉTHODE DE L'ÉCRASEMENT LINÉAIRE;

Par M. le Dr E. Chassaignac,
Chirurgien à l'hôpital Lariboisière.

Lu à la Société de chirurgie, séance du 21 *janvier* 1857.

La méthode que je viens soumettre à vos délibérations ne date que de quelques années. Elle compte déjà en sa faveur un nombre de faits que je considère comme suffisant pour motiver des conclusions applicables à la pratique.

Le nombre de ces faits, depuis le 1er janvier 1855, s'élève au chiffre de 47. Sur ce chiffre de 47 malades, opérés depuis le 1er janvier 1855, je n'en ai pas perdu un seul, et j'établis la preuve de mes assertions sur des observations authentiques recueillies avec soin, et qui seront placées sous vos yeux.

Une partie de ces observations a été publiée dans le traité de l'écrasement linéaire. Les autres peuvent, sans aucune exception, être mises à la disposition de chacun de vous.

En disant que la méthode dont je viens vous entretenir est entièrement nouvelle, je m'appuie sur tous les témoignages que l'histoire de l'art chirurgical a pu me fournir. Nulle part, en effet, je n'ai trouvé la moindre trace qui indiquât que, par l'emploi d'une chaîne métallique, on eût jamais fait tomber, en quelques minutes et sans hémorrhagie, une tumeur hémorrhoïdale volumineuse.

J'ai bien vu que les chirurgiens qui ont traité les hémorrhoïdes par la méthode de la ligature ont quelquefois obtenu le sphacèle de la tumeur au bout d'une journée et plus, mais je ne connais aucun exemple de séparation plus rapidement obtenue.

Veuillez me permettre de vous citer le texte d'un auteur qui n'a pas fait faire le moindre progrès au traitement des tumeurs hémorrhoïdales, mais qui a plagié le serre-nœud de Roderic; je veux parler de Mathias Mayor.

Je trouve, p. 492, t. I[er] de la *Chirurgie simplifiée*, le passage suivant : « La ligature des paquets hémorrhoïdaux exige que ces tumeurs » soient d'abord expulsées hors de l'anus, avec une ou deux érignes, » vers l'endroit où l'on veut les extirper, et que l'anse du fil soit en- » suite poussée au delà des crochets. Après avoir soumis les parties à » une facile et forte constriction, elles se sphacèlent en 24 ou 36 heu- » res. Le chirurgien enlève alors son constricteur, et abandonne à la » nature et à quelques soins de propreté le complément de la cure. »

Ainsi, vous le voyez, c'est d'un *fil* que Mayor se sert ; ce fil, il le laisse pendant 24 *ou* 36 *heures ;* il fait tomber la tumeur hémorrhoïdale par le *sphacèle.* La meilleure preuve que ce n'est pas son instrument qui opère la séparation, c'est qu'il le retire au bout de 24 ou 36 heures, ce qu'il n'aurait pas besoin de faire, puisque le fil tomberait de lui-même, si au bout de ces 36 heures de souffrance la tumeur se détachait. Ce fait est pour moi une preuve irréfragable que Mayor n'a ni connu ni pratiqué l'écrasement linéaire. Il faisait des ligatures, il ne pratiquait pas l'écrasement.

En regard de cette manière d'opérer, je vous présente un livre, mon *Traité de l'écrasement linéaire*, qui renferme vingt et quelques observations de tumeurs hémorrhoïdales. Il y est établi que toutes les ablations ont été faites avec une chaîne, tandis que Mayor emploie un fil, que les bourrelets hémorrhoïdaux les plus volumineux n'ont jamais exigé plus de douze minutes pour leur ablation complète ; que l'instrument, au lieu d'être une copie du serre-nœud de Roderic, comme l'est le serre-nœud de Mayor, est un appareil constitué par des leviers, des

crémaillères, et une chaîne dont aucun fil métallique suffisamment souple ne pourrait égaler le volume et la force.

Voilà donc deux systèmes qui diffèrent par la construction de l'instrument, par sa manière d'agir, par la durée de l'opération et les suites de cette opération.

Eh bien! si, en présence de textes aussi explicites, quelqu'un venait dire que Mayor opérait les tumeurs hémorrhoïdales comme je les opère, et que les deux systèmes sont identiques, de quel nom faudrait-il qualifier d'aussi étranges affirmations?

Mais laissons de côté ces tristes discussions de priorité pour ne nous occuper que de science et de pratique.

Ici M. Chassaignac discute un certain nombre de questions que nous ne ferons que signaler, l'espace nous manquant pour reproduire les développements que l'auteur leur a donnés.

Indications de l'opération.

A quelle période de la maladie et dans quelles conditions convient-il d'opérer les sujets atteints de tumeurs hémorrhoïdales?

La guérison spontanée est-elle possible, et dans quels cas?

Que faut-il penser du danger de la suppression des tumeurs hémorrhoïdales?

Structure intime de ces tumeurs.

Catégories diverses de tumeurs hémorrhoïdales.

Accidents liés à la présence des tumeurs hémorrhoïdales.

Complications possibles de ces tumeurs, savoir :

1° Fistules à l'anus;

2° Abcès à l'anus;

3° Fissures anales avec ou sans spasme du sphincter;

4° Dilatations angulaires considérables du rectum;

5° Hernies abdominales simples ou multiples;

6° Désordres anatomiques ou fonctionnels dans l'appareil génito-urinaire, rétrécissement uréthral, dysurie passagère, hypertrophie de la vessie, ténesme vésical, hypertrophie prostatique.

Etude comparative des méthodes thérapeutiques employées contre les tumeurs hémorrhoïdales.

Examen critique :

1° De la cautérisation par le fer rouge;

2° De l'emploi des caustiques, et notamment du caustique de Vienne.

Avantages attachés à l'emploi de l'écrasement linéaire.

Dispositions préparatoires à l'opération.

De l'anesthésie pendant l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales.

Procédé opératoire.

Appareil instrumental de l'écrasement linéaire.

Pédiculation de la tumeur avant son écrasement,

Ecrasement proprement dit,

Durée de l'opération.

Suites de l'opération,

Pertes de sang après l'écrasement appliqué aux tumeurs hémorrhoïdales.

Forme de la cicatrice.

Pansement, régime des opérés.

Conclusions générales du mémoire :

1° Les malades qui vont être soumis à l'ablation de tumeurs hémorrhoïdales par la méthode de l'écrasement doivent toujours être amenés à l'état de tolérance anesthésique par l'emploi du chloroforme ;

2° On ne doit jamais appliquer l'écrasement linéaire aux tumeurs hémorrhoïdales sans les avoir préalablement pédiculisées;

3° On peut pédiculiser les tumeurs hémorrhoïdales latérales sans autre secours que l'extrémité des deux doigts indicateurs, dont l'un, courbé en manière de crochet, ramène la tumeur du dedans au dehors, tandis que l'autre fait contre-appui à la limite cutanée du bourrelet hémorrhoïdal;

4° La ligature préalable pour la pédiculisation des tumeurs qui vont être soumises au broiement linéaire est non-seulement utile, mais indispensable;

5° Chez tous les sujets qui doivent être soumis à l'ablation de tumeurs hémorrhoïdales, il importe de recourir à un cathétérisme uréthral préalable, dans le double but d'une exploration, puis d'une préparation utile pour les cas où le cathéter deviendrait indispensable;

6° L'ablation des bourrelets hémorrhoïdaux circulaires se fait d'une manière complète, en une seule fois, par le concours de l'érigne à branches multiples et de l'écraseur;

7° Lorsque l'écrasement est conduit avec les précautions que nous avons indiquées, on peut obtenir la séparation des tumeurs hémorrhoïdales sans effusion de sang;

8° L'absence d'hémorrhagie primitive à la suite de cette opération est un fait très-général, mais non absolu;

9° L'absence d'hémorrhagie consécutive doit être considérée comme

un fait absolu à la suite de l'écrasement linéaire, quand celui-ci est pratiqué avec les précautions dont nous avons parlé;

10° La suppuration de la plaie qui succède à l'écrasement linéaire est presque nulle; elle consiste dans le suintement très-faible d'une humidité muqueuse;

11° La douleur qui succède à l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire est beaucoup plus courte que celle qu'on observe après les diverses méthodes de cautérisation;

12° Au bout de vingt-quatre heures après l'opération, il est nécessaire de s'assurer de la perméabilité de l'intestin, soit en opérant le décollement avec le doigt, soit en introduisant une algalie;

13° Dans la tuméfaction du ventre qui succède chez certains sujets à l'ablation d'un bourrelet hémorrhoïdal volumineux, il importe de distinguer ce qui peut dépendre de la rétention d'urine, à laquelle on remédie sur-le-champ par le cathétérisme, ce qui peut tenir à la distension par inertie intestinale, distension qu'on fait cesser par l'introduction d'une sonde élastique propre à favoriser l'issue des gaz;

14° Les difficultés qui s'observent dans l'exercice de la défécation après l'amputation des bourrelets hémorrhoïdaux par l'écrasement ne sont ni sérieuses ni durables; elles se dissipent par une simple dilatation;

15° La très-grande majorité des malades opérés de tumeurs hémorrhoïdales peut se dispenser de garder le lit au bout des quatre premiers jours après l'opération. Au huitième jour au plus tard, ils peuvent sortir.

Séance du 28 janvier 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Fracture traumatique de l'extrémité inférieure du fémur observée chez un amputé de la jambe. — M. Marjolin. Bien que les fractures de l'extrémité inférieure du fémur ne soient pas très-rares, j'ai cru cependant devoir vous présenter ce jeune malade, qui en offre un exemple assez curieux. Ce garçon, qui est âgé de quatorze ans,

d'une taille élevée, et présentant aujourd'hui toutes les apparences d'une forte constitution, entra l'année dernière dans mon service pour une tumeur blanche du pied qui nécessita l'amputation de la jambe au lieu d'élection. La cicatrisation était à moitié faite et le malade se levait, lorsqu'en jouant il fit une chute sur son moignon et se fractura la cuisse tout à fait à la partie inférieure.

Lorsque je le revis le lendemain, il me fut plus facile de constater que le fragment inférieur était formé par les deux condyles et la portion inférieure du fémur située derrière l'extrémité du droit antérieur. Ce fragment, très-court, formait une saillie bien prononcée au-dessus du genou. On le réduisait facilement avec la main; mais aussitôt que la pression cessait, le déplacement se reproduisait. Quant au fragment supérieur, son extrémité se terminait, en arrière, dans l'espace intercondylien.

Si la plaie de la jambe eût été entièrement cicatrisée, j'aurais pu faire une extension sur le moignon et peut-être arriver ainsi à la réduction de la fracture; mais comme j'avais encore près de la moitié de la cicatrice à obtenir, je dus songer à un autre moyen. Et ce fut cette complication qui me fit employer un autre appareil que je vais décrire, et le résultat a été tel que, si je ne vous avais prévenus de l'existence d'une fracture, je crois qu'il serait aujourd'hui impossible de reconnaître son véritable siége.

Je fis placer le membre sur une large attelle s'étendant depuis le bassin jusqu'au delà du moignon laissé libre pour les pansements; seulement je pris soin de le relever fortement à l'aide d'un coussin en forme de coin, de telle sorte qu'il existait une sorte de vide sous le jarret. En même temps, je réduisis le fragment inférieur et je le fixai fortement dans cette position à l'aide d'un coussinet et de plusieurs tours de bande.

La cicatrisation de la plaie marcha en même temps que la consolidation de la fracture; et, lorsqu'au bout d'une quarantaine de jours, j'enlevai l'appareil, qui avait toujours été surveillé avec le plus grand soin par M. Dayot, mon interne, j'eus le plaisir de voir que non-seulement la coaptation des deux fragments était aussi exacte que possible, mais que, de plus, aucun travail inflammatoire n'était survenu dans l'articulation du genou, et que ses mouvements étaient conservés.

M. BROCA. Je m'étonne moins que M. Marjolin de la consolidation parfaite et régulière survenue chez son jeune malade, malgré l'étendue du déplacement. J'en trouve la raison dans le repos prolongé auquel, avant la fracture, l'enfant avait été contraint et qui avait mis les mus-

cles dans un état habituel de relâchement. Pour moi, je puis dire que je n'ai vu qu'un seul cas de parfaite consolidation d'une fracture de cuisse, et j'en pus juger pièces en main, car le malade succomba ; il n'y avait aucun raccourcissement, et le cal avait une régularité parfaite. Eh bien, ce malade était alité depuis très-longtemps.

A propos de la présentation faite par M. Marjolin, je suis amené à dire un mot des fractures de l'extrémité inférieure du fémur : chacun connaît la façon dont Boyer décrit et explique le déplacement de ces fractures. M. Malgaigne dit n'avoir trouvé ni dans les observations connues, ni dans les faits de sa pratique, rien qui ressemble à la description de Boyer. Je citerai à la Société un fait qui rentre pourtant tout à fait dans cette description classique.

Un homme, que je soignai à la Charité pour une fracture siégeant immédiatement au-dessus des condyles fémoraux, présentait une mobilité extrême du fragment inférieur, sans douleur et sans qu'on perçût de crépitation. Le déplacement indiqué par Boyer était là exagéré, c'est-à-dire que la portion condylienne avait basculé en arrière, au point même que la surface de la fracture regardait directement dans le jarret.

Pour réduire, je mis la cuisse et la jambe dans la flexion forcée ; je fis faire l'extension. Les fragments vinrent au contact, ou au moins je perçus la crépitation, preuve qu'en partie au moins les fragments se correspondaient. Je maintins le membre fléchi sur un double plan plus incliné qu'à l'ordinaire, et j'obtins une consolidation sans ankylose. J'ajouterai qu'un coussin que je plaçai dans le jarret ne me parut avoir aucune utilité.

M. RICHET. En lisant M. Malgaigne, j'ai été bien surpris de voir apprécier comme il le fait ce qu'il nomme la théorie de Boyer pour les déplacements dans les fractures de l'extrémité inférieure du fémur. Car tous les sujets que j'ai vus sont parfaitement conformes à ce que dit Boyer. En ce moment, j'ai dans mon service un homme chez lequel les choses se passent de la même manière. Chez ce malade toute réduction a été impossible, malgré tout ce que j'ai pu faire. Il n'a pu supporter aucun appareil. Il en est présentement aux environs du cinquantième jour, et j'espère, néanmoins, qu'il conservera les fonctions du membre.

M. LARREY. A l'appui de cette difficulté de réduction dont parle M. Richet, je citerai l'exemple d'un officier que j'ai en ce moment dans mon service. Ce malade s'est cassé la cuisse au tiers inférieur par la

simple action de retirer sa botte, mais par suite d'un état général que vous allez connaître ; le dégât a été tel que le fragment supérieur est venu déchirer la peau. J'ai été pendant plusieurs jours sur le point de l'amputer. Ce malheureux est amaurotique et a perdu la sensibilité des membres inférieurs ; mais le mouvement y persiste, et l'action musculaire conserve une telle énergie que toute coaptation est demeurée impossible. A deux reprises, j'ai réséqué le fragment supérieur. Aujourd'hui la consolidation paraît s'avancer.

M. FOLLIN. Je possède une pièce recueillie dans le service de M. Nélaton à l'hôpital Saint-Antoine, qui montre dans une fracture sus-condylienne le déplacement indiqué par Boyer. Le malade était un vieillard qui avait fait une chute sur le genou et qui avait succombé un mois après l'accident.

M. VERNEUIL. Il existe au musée Dupuytren une pièce que j'y ai déposée et qui montre un déplacement inverse, c'est-à-dire le fragment condylien basculé en avant. Je crois que la description de Boyer répond à bon nombre de cas ; mais il avait peu vu de ces fractures, car les cas assez communs dans lesquels il y a séparation des deux condyles lui sont inconnus.

M. HUGUIER. Les choses se passent, en effet, d'une manière très-variable suivant les cas, suivant la direction de la fracture, suivant le sens de la cause vulnérante. Le déplacement de Boyer se fait si la fracture est oblique en bas et en avant. Il a lieu en sens inverse, si l'obliquité est inverse. Si, chose assez commune, il existe trois fragments par la séparation des deux condyles, chacun des condyles est tiré par les jumeaux, et le fragment supérieur vient soulever en avant la peau.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Fabbri fait hommage du mémoire suivant : *Alcune considerazioni ostetriche intorno alla pelvi*. (Commissaires : MM. Cazeaux, Laborie et Danyau.)

— M. Broquier fait hommage de sa thèse *sur les avantages des pansements rares après les amputations*.

— M. LARREY dépose sur le bureau son rapport *sur l'éléphantiasis du scrotum*.

— A la suite de la correspondance, il est donné lecture de la lettre suivante :

« Paris, ce 28 janvier 1857.

» Monsieur le secrétaire général,

» Les travaux de M. Middeldorpf, sur lesquels M. Broca a fait un rapport d'une lucidité si remarquable, ont vivement excité l'intérêt de la Société de chirurgie, et il devait en être ainsi à une époque de réaction, pour ainsi dire, contre l'instrument tranchant. Je me suis demandé dès lors s'il serait possible de se servir de fil de platine chauffé par la pile pour pratiquer l'amputation des membres. En parcourant le livre de M. Middeldorpf, j'ai vu que l'auteur ne doute point de la possibilité de cette sorte d'opérations; mais il ne m'a point paru ressortir du passage où il est question des amputations que M. Middeldorpf ait fait des essais à cet égard. Il est vrai que l'ingénieux chirurgien de Breslau a coupé des pattes de lapin au moyen du cautère électrique; mais cela ne démontre nullement qu'un segment de membre du volume du bras ou de la cuisse puisse être amputé par le même procédé.

» Quoi qu'il en soit de cette question de priorité, à laquelle je n'attache aucune importance, les expériences que j'ai pu faire le 25 de ce mois, grâce à l'obligeance de M. Rhumkorff, et avec la coopération de M. le professeur Masson, m'ont donné la conviction que l'amputation d'un segment de membre quelconque est une opération qui peut s'exécuter facilement au moyen d'un fil de platine chauffé au blanc par le courant d'une forte pile. Il est bien entendu que les os doivent être coupés avec la scie.

» En nous servant d'une pile composée de 18 éléments de Bunsen, nous avons pu, en un quart d'heure environ, faire une amputation de l'avant-bras; une amputation du bras n'a guère exigé plus de temps. La méthode à lambeaux nous a paru préférable pour ce genre d'opérations; les lambeaux obtenus sont d'une régularité qui ne le cède en rien à celle que donne le couteau manié par la main la plus habile; la surface traumatique est sèche et porte à peine des traces de carbonisation. Avant de scier l'os, nous avons toujours enroulé le fil de platine autour de lui, afin de détruire complétement les parties molles au niveau du point où devait agir la scie.

» Il est bien entendu que je m'abstiens de toute espèce de conclusions relativement aux avantages et aux inconvénients que pourraient

présenter les amputations faites avec le cautère électrique; j'ai voulu simplement démontrer que ces opérations sont exécutables; j'ignore quel avenir leur est réservé.

» Recevez, etc. » M. Sée,

» Aide d'anatomie. »

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉCRASEMENT LINÉAIRE.

M. DEMARQUAY. M. Maisonneuve préfère l'écraseur de M. Charrière à celui de M. Chassaignac; mais, en substituant à la chaîne de ce dernier un simple fil métallique ou une ficelle, on emploie un compresseur nouveau qui agit comme la ligature; or M. Demarquay a vu employer la ligature par Récamier et Blandin dans des cas très-divers, tels que des tumeurs du rectum, de la langue, du voile du palais, des polypes utérins, des amygdales hypertrophiées. En général, les résultats étaient déplorables. Les malades souffraient horriblement; tantôt ils mouraient rapidement, tantôt ils succombaient plus tard à l'infection putride ou à l'infection purulente.

Depuis quinze mois, au contraire, M. Demarquay a employé ou a vu employer l'écraseur linéaire par ses collègues, par M. Monod en particulier; les résultats ont été très-heureux; il a enlevé ainsi deux tumeurs de la langue, des polypes du col utérin, du rectum, etc. Les malades ont guéri, sans accident, de leur opération. Une fois, à la suite d'une amputation du col de l'utérus, un suintement sanguin s'est montré au dixième jour; un tamponnement léger en a fait justice.

M. Demarquay opère plus vite que M. Chassaignac, et il n'a pas eu à s'en repentir; la douleur ne lui a pas paru être très-forte en général.

Quand on songe aux dangers extrêmes qui accompagnaient autrefois les opérations pratiquées dans les cavités muqueuses, on apprécie les immenses avantages de la méthode nouvelle.

En résumé, M. Demarquay est émerveillé des résultats de l'écrasement linéaire, et il croit que M. Chassaignac mérite une juste reconnaissance.

On a parlé de l'action de la chaîne. Voici ce qu'on observe : les tissus commencent à se tasser, à se condenser, puis la section commence; elle est très-nette, très-propre, aussi régulière que celle que le bistouri pratique. S'il y avait un écrasement dans le vrai sens du mot, on devrait, soit immédiatement, soit le lendemain, trouver des détritus, du sphacèle à la surface de la plaie; c'est ce qui ne s'observe pas. Le mot d'*écrasement linéaire* n'est donc pas très-exact.

M. Chassaignac a substitué l'écraseur linéaire au fer rouge dans le traitement des hémorrhoïdes à cause des accidents qui ont été observés à la suite de ce dernier moyen : ainsi on a noté des phlegmons, des abcès, des phlébites, des rétrécissements du rectum à la suite de la cautérisation actuelle.

A la vérité, ces suites fâcheuses proviennent souvent de l'emploi trop énergique du fer rouge. M. Demarquay a cautérisé plus de trente fois des tumeurs hémorrhoïdales sans observer le moindre accident ; mais voici comment il procède : la tumeur est d'abord soulevée avec un fil et isolée des parties voisines, ensuite le cautère est promené lentement à sa surface. Il se propose non de détruire complétement les tumeurs, mais de les enflammer, d'y faire coaguler le sang, d'arrêter les hémorrhagies, en un mot de métamorphoser les tumeurs de manière qu'elles deviennent indolentes.

L'innocuité de la cautérisation ainsi pratiquée ne veut pas dire que l'écrasement ne soit pas meilleur.

M. BROCA déclare d'abord qu'après avoir scrupuleusement examiné les textes, il n'a pu trouver aucune ressemblance, même lointaine, entre les idées de Mayor et la méthode de M. Chassaignac. Il désirerait ensuite s'éclairer sur deux points :

1° On a avancé que les plaies faites par l'écraseur étaient moins graves que les plaies faites par l'instrument tranchant, et qu'abstraction faite de l'écoulement sanguin, qui manque dans les premières, elles avaient encore des caractères d'innocuité tout à fait propres. M. Chassaignac a cité 47 cas d'amputation d'hémorrhoïdes ; il y a eu 47 guérisons. Ce résultat est très-beau, mais il ne serait pas impossible à la cautérisation de fournir une série aussi satisfaisante. En est-il de même pour les autres opérations pratiquées sur d'autres tissus et dans d'autres régions? M. Broca adresse donc une première question : *Toutes choses égales d'ailleurs, les plaies produites par l'écrasement linéaire sont-elles moins graves, guérissent-elles plus vite que la solution de continuité faite par le bistouri ?*

2° Le principal avantage de l'écrasement linéaire est de prévenir l'effusion du sang. Mais doit-on y compter d'une manière absolue? M. Broca a enlevé une tumeur du rectum à pédicule très-épais ; il y a consacré cinquante minutes, afin de se mettre plus sûrement à l'abri de l'hémorrhagie, et cependant il s'est fait, après la section, un écoulement de sang, modéré, il est vrai. L'instrument employé se composait d'une chaîne rentrant d'un seul côté, et on pourrait dire que, faute

de la pression alternative de l'instrument de M. Chassaignac, il n'y a pas eu un véritable écrasement.

De là une seconde question : *La méthode de M. Chassaignac, exécutée par lui et avec son écraseur, a-t-elle quelquefois donné lieu à des hémorrhagies?*

1° M. CHASSAIGNAC, en ce qui concerne l'hémorrhagie, a vu quelquefois un léger écoulement sanguin survenu une demi-heure ou une heure après l'écrasement, quelquefois même plus tard, jamais passé douze heures. Il ne garantit donc nullement contre les chances de l'hémorrhagie primitive; tout ce qu'il peut dire, c'est que jusqu'à ce jour il n'a jamais observé de pertes de sang inquiétantes; des moyens très-simples ont toujours été suffisants. En revanche, jamais il n'a vu se produire l'hémorrhagie après douze heures : l'écoulement sanguin consécutif est donc au moins fort rare, s'il existe. Peut-être le mécanisme de son instrument y est-il pour quelque chose. L'oscillation alternative reproduirait les conditions de la torsion.

2° M. Chassaignac a la couviction que le traumatisme par l'écrasement est beaucoup moins dangereux que celui de l'instrument tranchant. Sur le très-grand nombre d'opérations qu'il a pratiquées, il n'a vu qu'un seul cas d'infection purulente. Un malade a succombé aux suites de l'extirpation d'un cancer du rectum, mais le délabrement produit avait été considérable.

Il n'a pas souvenir d'un seul érysipèle, mais il ne veut pas juger d'après les simples impressions générales. Il possède toutes ses observations détaillées, et il les met à la disposition de la Société ou de ceux de ses collègues qui voudraient eux-mêmes en examiner les détails.

Les surfaces traumatiques produites par l'écraseur ont d'ailleurs un cachet tout spécial. Quelles que soient les parties intéressées, la plaie est toujours homogène; elle ne ressemble à aucun tissu connu : ni peau, ni muqueuse, ni plaie ordinaire. Il serait important que des études spéciales fussent faites sur ces surfaces et sur l'état des tissus au niveau de la section. Elles ne diffèrent pas moins par les phénomènes consécutifs qui s'y développent. On ignore encore si l'adhésion primitive y est possible; mais la suppuration y manque presque complétement. Ainsi une plaie peut rester quinze jours à se cicatriser, et cependant rester sèche et sans sécrétion purulente. Après l'opération de la fistule anale par l'écraseur, les surfaces restent molles, rosées, sans suintement quelconque jusqu'à la cicatrisation complète. Pour tout pansement, M. Chassaignac emploie la poudre d'amidon.

Peut-être même la plaie de l'écraseur n'est-elle pas inoculable, si l'on en juge par des opérations de phimosis qui ont été faites sur des individus affectés de chancre, sans que la solution de continuité ait été infectée et sans que la cicatrisation en ait été empêchée.

Quelquefois, à la suite de l'opération des hémorrhoïdes, les lèvres de la plaie paraissent se réunir, et on pourrait craindre un rétrécissement, mais cette adhésion est tout à fait fugace; une simple dilatation avec le doigt suffit pour la faire évanouir.

M. Chassaignac termine en remerciant sincèrement M. Broca de la justice qu'il a rendue à ses travaux.

M. FORGET. Notre collègue nous a dit, sur l'état des plaies par écrasement, des choses très-intéressantes et très-nouvelles. Cependant quelques points restent encore à élucider. Il est difficile, à la vérité, de savoir exactement ce qui se passe dans les surfaces traumatiques cachées au fond des cavités muqueuses : mais l'étude est bien plus facile sur des parties exposées au regard, comme la mamelle, par exemple. Que se passe-t-il lors de l'amputation d'une tumeur du sein par l'écrasement linéaire? A ce propos, M. Forget remarque que la nouvelle méthode, indépendamment de ce qu'elle sacrifie très-largement la peau, fait disparaître tous les avantages qu'on retire de la réunion immédiate, en supprimant complétement ce précieux mode de traitement des plaies. Quels avantages l'écrasement linéaire offre-t-il en compensation?

M. Chassaignac reconnaît qu'à la suite de sa méthode il peut y avoir un écoulement sanguin, ce qui est fort important. M. Forget désirerait, de plus, avoir des renseignements précis sur un malade dont l'histoire lui a été racontée de la manière suivante :

Une personne délicate fut opérée d'hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire. La section terminée, la plaie fournit une palette de sang, un disque d'agaric fut appliqué, et réussit à arrêter l'écoulement. Mais, le troisième jour, une hémorrhagie consécutive était survenue et une palette de sang s'était encore écoulée. M. Forget, ne s'en rapportant à nul autre plus qu'à l'opérateur lui-même, voudrait être éclairé. Si ces détails étaient exacts, l'écrasement ne rassurerait pas contre l'hémorrhagie Ayant à opérer prochainement un malade très-affaibli par des hémorrhoïdes, M. Forget préférerait peut-être recourir à la cautérisation.

M. CHASSAIGNAC se rappelle fort bien le cas auquel M. Forget fait allusion. Quelques minutes après la fin de l'opération, lors du réveil chloroformique, il y a eu en effet deux ou trois ondées de sang rendues

par l'anus. Mais ce fut tout ; la tumeur était profonde et très-vasculaire. Quelque temps après, il y eut trois selles sanguinolentes, mais qui tenaient sans doute à la rétention du sang primitivement épanché.

Quant à une hémorrhagie consécutive survenue au troisième jour et ayant amené une syncope, c'est un fait entièrement inexact. Le malade, du reste, était très-épuisé, à ce point que M. Louis, qui l'avait visité, l'avait dissuadé de toute opération.

L'hémorrhagie primitive du début a, du reste, été tout à fait insignifiante et sans danger. L'opéré est aujourd'hui dans de bonnes conditions de santé.

L'amputation du sein, ajoute M. Chassaignac en terminant, n'est pas une application heureuse de l'écrasement linéaire ; il faut revenir, au moins dans la généralité des cas, à l'extirpation par le bistouri.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, A. Richard.

Séance du 4 février 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Résection de l'extrémité de l'humérus gauche.

M. Larrey présente un blessé de Crimée, qui, ayant subi l'amputation de l'avant-bras droit et la résection de l'humérus gauche, pourrait à peine se servir de ses membres mutilés, sans l'emploi d'un appareil prothétique imaginé pour cette résection.

L'observation recueillie en détail par M. Gaujot, ex-aide de clinique au Val-de-Grâce, est résumée par M. Larrey de la manière suivante :

Le nommé Rœpel, soldat au 86ᵉ de ligne, est blessé, le 24 juillet 1855, par un obus qui lui emporte la main droite, en brisant son fusil, entame largement la paroi antérieure de l'aisselle gauche, traverse l'articulation scapulo-humérale, en fracassant l'extrémité supérieure de l'humérus, et ressort directement en dehors de l'épaule. Le blessé perd connaissance, et ensuite il parvient tout seul à l'ambulance, où on constate la double lésion, avec hémorrhagie assez faible du côté droit, mais considérable du côté gauche, sans que sa source paraisse provenir des vaisseaux axillaires. Cette circonstance, sans doute, fait espérer la conservation du bras, malgré le délabrement des parties,

car on procède immédiatement à la résection de l'humérus. Mais la nécessité d'abord de régulariser les lambeaux et d'extraire une à une les nombreuses esquilles provenant de l'extrémité articulaire de l'humérus, pour réséquer ensuite cet os au-dessous de sa fracture, la difficulté enfin de rapprocher et de maintenir des lambeaux trop étroits pour recouvrir la vaste plaie, prolongent l'opération bien au delà du temps qu'elle exige d'ordinaire. Un pansement contentif, avec remplissage de l'aisselle, soulèvement du bras vers l'épaule et maintien du membre contre la poitrine à l'aide d'un bandage, tendent à compléter les indications premières de ce côté.

L'amputation de l'avant-bras droit est pratiquée aussitôt après vers le tiers inférieur, ou à peu près au niveau de la mutilation; et la réunion immédiate n'est suivie d'aucun accident notable, sauf la formation d'un simple abcès au-dessus du moignon.

Le blessé, évacué sur Constantinople après sa double opération, se trouve d'abord dans un état inquiétant : les lambeaux de la résection, rapprochés avec des bandelettes, se sont mortifiés; la plaie est largement ouverte, et la cavité glénoïde tout à fait à découvert. Des pansements à plat sont à peine modifiés pendant quatre mois, et le membre est maintenu dans une position fixe durant cette longue période, sans qu'il survienne de complication, ni abcès, ni gangrène, ni pourriture d'hôpital. Cinq mois enfin après la blessure, la plaie semble complétement cicatrisée; mais elle s'ulcère deux ou trois fois encore dans le cours de quelques mois, jusqu'à sa guérison définitive survenue l'année suivante. C'est seulement au dixième mois que l'opéré a été débarrassé de son écharpe, pour faire exécuter les premiers mouvements à son bras.

Entré au Val-de-Grâce le 5 septembre 1856, afin d'y obtenir quelques soins secondaires et un membre artificiel, cet intéressant blessé nous préoccupe aussitôt, à l'égard de la résection de l'humérus, qui semble avoir annihilé en partie l'action des muscles. On constate d'abord une vaste perte de substance à la face antérieure de l'aisselle et de l'épaule, dont le moignon naturel n'existe plus, une dépression considérable le remplace, et toute son étendue, jusqu'au bord correspondant de la poitrine, est recouverte par une cicatrice blanchâtre, assez dense, solide, irrégulière et froncée, formant à elle seule la paroi antérieure de la région axillaire. La peau du creux de l'aisselle est attirée en avant et remonte jusqu'au-dessous de l'apophyse coracoïde. La cicatrice forme, en bas, une bride transversale très-forte, rétractée, étendue de la paroi thoracique à la peau du bras, et adhérente aux tendons des

muscles grand et petit pectoral. On sent que ceux-ci ont été largement entamés par le projectile, mais ce qu'il en reste adhère à la cicatrice et se contracte encore au-dessous d'elle. L'insertion du biceps à l'apophyse coracoïde persiste, et son tendon, dans les différents mouvements du bras, fait une saillie prononcée sous la peau. Toute la moitié antérieure du deltoïde manque complétement ; la voûte coraco-acromiale est restée intacte ; la cavité glénoïde elle-même n'est pas sensiblement déformée, et ses contours, sur lesquels adhère la cicatrice, sont nettement appréciables.

Quant à l'humérus réséqué, son bout supérieur, saillant sous la peau, la soulève à la face antérieure du bras, par un mouvement de bascule tendant à porter le coude en dehors et en arrière. La portion de l'os enlevée est considérable, et représente une perte de substance de 8 centimètres, d'après la mesure prise de l'acromion à l'épicondyle du côté sain, et comparativement du côté de l'opération. Le bras au repos pend naturellement le long du corps, si ce n'est que le coude est toujours un peu porté en dehors et en arrière. Mais aussitôt que le bras cherche à exécuter quelques mouvements, ses muscles, en se contractant, attirent en haut l'humérus, qui, n'ayant plus de point d'appui, bascule en avant par sa partie supérieure. Il résulte de là que toute la force des muscles se trouve perdue, et que les mouvements d'élévation et d'abduction deviennent tout à fait impossibles. Le tendon du biceps et la moitié postérieure du deltoïde sont la cause de cette bascule de l'os en avant ; et je m'assure enfin, par une manœuvre très-simple, que l'obstacle à l'exécution du mouvement résulte seulement d'un défaut de résistance à l'extrémité supérieure de l'humérus. Il me suffit pour cela, comme je le démontre ici, de saisir avec la main cette portion de l'os à travers les téguments, et sinon de l'immobiliser, du moins de la fixer assez solidement au centre du bras, pour qu'aussitôt le blessé puisse mouvoir son membre en différents sens et porter la main à sa figure, au-dessus de sa tête, et jusque sur l'épaule du côté opposé ; autant de mouvements impossibles sans ce point d'appui. Il ne peut même, dans l'état ordinaire, utiliser la main qui lui reste qu'en la soulevant avec le moignon de son avant-bras droit, pour la porter vers les objets à saisir, et encore exécute-t-il cette manœuvre péniblement.

Je songe aussitôt à lui faire faire un appareil contentif, qui supplée, d'une manière définitive, à la pression momentanément exercée ; mais les premiers essais ne remplissent pas du tout cette indication d'une manière satisfaisante, et ce n'est qu'après divers tâtonnements que le bandagiste de M. Charrière finit par confectionner un appareil convenable.

Il consiste, comme on le voit, en une sorte de demi-brassard, à ressort de métal solide, mais élastique, formant uno poignée garnie de peau, pour assujettir l'humérus, sans comprimer les vaisseaux ni les nerfs, et maintenu en place par un simple corsage et par des brides de caoutchouc. Cet appareil prothétique, d'ailleurs susceptible de quelques perfectionnements, pour prévenir l'ulcération de la cicatrice, fournit à l'humérus réséqué le levier ou point d'appui qui lui était nécessaire, et me semble pouvoir être appliqué avec avantage à des cas analogues de résection.

M. HUGUIER. L'intéressante présentation de M. Larrey nous démontre, une fois de plus, la nécessité de ne point se hâter d'amputer dans les plaies d'armes à feu qui ouvrent l'articulation scapulo-humérale, en broyant même l'extrémité supérieure de l'humérus. Presque tous les blessés que j'ai eu à soigner dans ces circonstances ont conservé leur membre. Relativement à la prothèse, je citerai un fait que j'ai observé autrefois dans le service de M. Husson: Une femme, dont le bras avait été broyé par une roue de voiture, avait perdu la partie moyenne de l'humérus dans une étendue de 7 ou 8 centimètres. L'usage de son membre était presque entièrement aboli; mais quand ello voulait faire agir son avant-bras, elle appliquait une bande rouléo qui pressait énergiquement sur l'intervalle séparant les deux fragments.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

A son occasion, M. HUGUIER désire compléter l'histoire d'une femme citée par lui, qu'il a opérée d'une tumeur hémorrhoïdale au moyen de l'écrasement linéaire. La malade est aujourd'hui bien guérie; sa rétention d'urine avait cessé d'elle-même le vingt et unième jour.

— M. CHASSAIGNAC met sous les yeux de la Société la tumeur hémorrhoïdale dont on a parlé M. Forget. Cette tumeur a été enlevée chez un jeune homme de trente-quatre ans, aujourd'hui parfaitement guéri.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur L. Ciniselli, chirurgien en chef de l'hôpital de Crémone, qui avait précédemment adressé plusieurs mémoires sur divers sujets de chirurgie, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. (Commissaires: MM. Broca, Guérin et Giraldès.)

— M. le docteur Dupieris, chirurgien à la Havane, adresse une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination de membre correspondant étranger.

— M. Cloquet fait hommage à la Société d'un mémoire sur le traitement du crétinisme, publié par le docteur Guggenbühl.

— M. le docteur Costes (de Bordeaux) fait hommage d'un mémoire sur le traitement de la fistule lacrymale.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce ensuite qu'aucun mémoire n'a été envoyé pour le prix à décerner en 1857 ; la question était celle-ci : *Des plaies des os.* (La question de prix pour l'année 1858 est la suivante : *Des paralysies traumatiques.*)

— On procède ensuite à l'élection de la commission chargée d'examiner les thèses envoyées pour le prix Duval. Les trois membres nommés sont MM. Deguise, Verneuil et Giraldès.

LECTURE DE MÉMOIRES ORIGINAUX.

M. REYBARD donne lecture d'un travail intitulé *Modifications apportées au traitement des tumeurs blanches à un degré avancé ou avec épanchement de pus dans l'articulation.*

Le travail de M. Reybard est renvoyé à une commission composée de MM. Broca, Verneuil et Richet.

— M. MARJOLIN donne lecture d'un rapport de M. Robert sur un travail de M. Gély, intitulé *Etudes sur le cathétérisme.*

Les conclusions de ce rapport seront lues au commencement de la séance prochaine.

Le vice-secrétaire de la Société, Ad. RICHARD.

Séance du 11 février 1857.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Atrésie de l'anus. — M. BOINET demande l'avis de la Société sur une petite fille, âgée de onze mois, dont l'anus, par son étroitesse, rend la défécation très-difficile. Chez cette enfant l'anus, très-étroit, est situé en avant de sa position normale, de façon qu'entre lui et la vulve, il n'existe presque pas de périnée. Lorsque les matières fécales sont liquides, elles sont rendues assez facilement; mais lorsqu'elles ont plus de consistance, elles sont retenues, et l'enfant a eu plusieurs fois des constipations qui duraient jusqu'à huit jours, et finissaient par s'accompagner de douleurs de ventre, de vomissements et de tous les symptômes de l'étranglement intestinal.

M. RICHARD pense que, si on laisse cette enfant dans l'état où elle se trouve, sa mort est certaine; car, en supposant même que la défécation puisse s'accomplir actuellement, il n'en serait pas toujours ainsi, et, dans les cas de ce genre, un anus rétréci, qui pouvait cependant suffire dans les premiers mois, devient complétement insuffisant pour le passage des matières lorsque l'enfant a atteint l'âge de quinze mois à deux ans. Il faudrait donc, sur la malade de M. Boinet, faire un anus artificiel.

M. VERNEUIL demande s'il existe dans la science des cas de réussite définitive de l'opération de l'anus artificiel, observés quelques années après l'opération. Il a bien trouvé trois ou quatre observations de guérisons, mais ces observations avaient été publiées au bout do quelques semaines, tout au plus d'un ou deux mois; ce qui manque, ce sont des adultes ayant subi cette opération dans leur enfance. Dans des recherches spéciales sur ce sujet, M. Verneuil a trouvé que les ponctions étroites, soit à l'aide du trocart, soit à l'aide du bistouri, pratiquées dans des poches emplies de méconium, n'avaient pas empêché la mort et, souvent, avaient causé des accidents mortels. Si bien qu'il en est venu à repousser complétement cette opération et à proposer une longue incision sur la ligne médiane, prolongée jusqu'au coccyx, que l'on peut même exciser au besoin, de façon à pouvoir arriver sur le rectum, et attirer la muqueuse de cet intestin pour la réunir à la peau au moyen de la suture.

M. JARJAVAY rapporte un cas analogue à celui de M. Boinet, qui s'est présenté à son observation. La malade était une enfant de deux mois environ; son rectum se terminait par une ampoule, d'où partait un canal étroit qui venait s'ouvrir dans la vulve, au-devant de l'hymen. Pendant doux mois on ne s'était pas aperçu de cette disposition, parce que les matières, étant liquides, sortaient facilement; mais lorsqu'elles prirent plus de consistance, elles ne purent être rendues; ce fut alors que M. Jarjavay fut consulté. Une sonde cannelée, introduite par l'ouverture que l'on trouvait dans la vulve, arrivait dans l'ampoule rectale, où on la sentait à travers la peau; M. Jarjavay s'en servit pour tendre les parties auxquelles il fit une incision cruciale, dont il enleva les quatre angles. Pendant quelque temps les selles so firent facilement, et l'on put croire à la réussite de l'opération; mais bientôt l'ouverture se rétrécit; M. Jarjavay conseilla d'introduire des mèches, mais la mère ne le fit pas, et il en résulta une atrésie qui s'opposa complétement aux fonctions de l'intestin. Alors M. Jarjavay fit une longue incision, qu'il fut forcé de recommencer quelque temps après, l'usage

des mèches étant toujours négligé. Enfin, dans une quatrième opération, le chirurgien prolongea l'incision jusqu'au coccyx. Depuis ce moment, l'ouverture a persisté; l'enfant a maintenant six ans, l'orifice anal est un peu étroit, mais il suffit aux besoins de la défécation.

M. MICHON a trouvé sur la malade une vulve bien distincte, et un anus séparé de la vulve par un espace très-étroit, le périnée manquant presque complétement. Cet état des parties, si la défécation a lieu quoiqu'un peu difficilement, ne constitue pas une infirmité à proprement parler, et on ne doit pas tenter d'opération. Si, au contraire, les matières cessaient de passer, on aurait à voir s'il ne faudrait pas reporter plus en arrière l'extrémité du rectum, car c'est en cela que consisterait l'opération.

M. VERNEUIL fait observer que l'on n'aurait pas fait courir à la malade les chances de quatre opérations si, de prime abord, on avait eu recours au procédé qui donnait des chances de succès. En effet, c'est dans le but d'établir une ouverture définitive que Vernet, Dieffenbach et Serres ont eu l'idée de coudre la muqueuse à la peau; par ce moyen, la guérison se fait sans tissu cicatriciel, de sorte qu'il ne peut y avoir de rétraction consécutive.

Contrairement à l'opinion de M. Michon, M. Verneuil pense que l'on doit opérer, parce que l'orifice qui tient lieu d'anus n'est pas tapissé par une muqueuse normale, mais par une membrane analogue à celles qui tapissent les fistules stercorales, et qui aura de même, sans doute, de la disposition à se rétracter. L'opération d'ailleurs sera peu grave; il suffira de faire une incision assez large, par laquelle on ira chercher les bords de la muqueuse pour les fixer autour de la section de la peau; il est important de la pratiquer avant que l'atrésie de l'anus ait déterminé, dans les parties supérieures de la muqueuse, des altérations secondaires.

M. JARJAVAY rappelle les diverses dispositions qui peuvent exister dans l'imperforation de l'anus. Dans un cas de fistule ano-vulvaire avec imperforation de l'anus, où l'ouverture n'était fermée que par la peau, M. Depaul enleva cette membrane, cautérisa la fistule, et obtint rapidement la guérison. Mais, chez la malade de M. Jarjavay, on trouvait entre l'intestin et la peau toute l'épaisseur du périnée, et dans ce cas le sphincter anal existe souvent. C'est ce qui l'engagea à faire d'abord une incision médiocre pour profiter de la présence de ce muscle, et ce qui l'entraîna à pratiquer plusieurs opérations.

M. BOINET combat le conseil de M. Michon, qui voudrait qu'on attendît avant d'agir. Il objecte à cette manière de voir que déjà il y a

des constipations opiniâtres qui durent huit et dix jours, et finissent par déterminer des accidents graves semblables à ceux de l'étranglement.

M. GOSSELIN a vu un fait analogue à celui de M. Boinet sur une jeune fille, qui aujourd'hui est devenue femme, et qu'il a observée de concert avec M. Jacquemin. Elle avait, en naissant, le rectum ouvert dans la vulve. Pendant quelque temps la défécation fut difficile, et l'on discuta l'opportunité de l'opération, qui ne fut pas faite. Cependant les selles devinrent plus faciles, l'enfance se passa bien, et les fonctions s'établirent régulièrement. Mais, à l'époque où cette personne se maria, la partie postérieure de la vulve avait pris un développement considérable auquel participait l'ouverture rectale, de sorte que la sortie des matières était quelquefois involontaire quand il y avait de la diarrhée, et que le passage était plus facile vers le rectum que vers le vagin. Elle devint néanmoins enceinte à la suite de rapports difficiles et très-douloureux; l'accouchement fut très-facile, et depuis il y en a eu un second également heureux.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. MARJOLIN, à l'occasion du procès-verbal, rappelle les conclusions du rapport de M. Robert sur le mémoire de M. Gély.

Ces conclusions sont :

1° De déposer le mémoire aux archives (adopté);

2° D'admettre M. Gély au nombre des membres correspondants de la Société.

M. Gély est nommé à la majorité.

La Société décide l'impression, dans ses *Bulletins*, du rapport de M. Robert.

Traitement des hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire.

M. LENOIR prend la parole en ces termes :

Notre honorable collègue M. Chassaignac nous a lu dans une de nos dernières séances un mémoire sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales par l'*écrasement linéaire*, et, avec une loyauté digne d'éloges, il a sollicité notre examen et nos critiques sur les observations qu'il recueille et les recherches qu'il poursuit avec opiniâtreté depuis deux ans sur ce sujet de pathologie chirurgicale.

Je viens répondre, pour ma part, au loyal appel de notre collègue, et j'espère qu'il ne verra dans ma réponse qu'un intérêt sincère pour le travailleur infatigable, et dans mes critiques, si je m'en permets

quelques-unes, qu'un ardent désir de donner à son œuvre une perfection qui lui manque encore, à mon sens.

Je ne veux pas reproduire ici une discussion déjà soulevée dans cette Société sur le mode d'action de l'instrument que notre collègue a inventé, et à l'aide duquel il produit ce qu'il appelle l'*écrasement linéaire*. Mais je ne puis m'êmpêcher de faire remarquer avant d'aller plus loin que cette dénomination n'exprime pas exactement la différence qui existe entre ce nouvel instrument et la ligature métallique que l'on emploie, depuis longtemps déjà, dans le traitement de beaucoup de maladies du domaine de la chirurgie. Je ne perdrai pas mon temps à vous montrer ici que le fil d'argent serré par le serre-nœud de Græfe ou de Mayor, écrase, lui aussi, *linéairement*, les tissus qu'il embrasse, et, sans aucun doute, *plus linéairement* encore que l'écraseur de M. Chassaignac, puisqu'il est moins épais que lui. Aussi, convaincu que c'est moins par là que par la rapidité d'action avec laquelle il produit la section des tissus qu'il enserre, que cet instrument diffère de nos ligatures ordinaires, je voudrais que son auteur remplaçât le nom qu'il lui a donné par un autre, plus propre que celui-ci, à fournir de suite une idée juste du vrai mode d'action de ce nouvel agent de constriction, qui, en définitive, ne produit autre chose qu'une ligature extemporanée.

Mais n'insistons pas plus longtemps sur une question de mots; arrêtons-nous au fait lui-même. C'est, nous venons de le voir, d'une ligature, mais d'une ligature que la puissance de l'instrument à l'aide duquel on la produit peut rendre presque instantanée, qu'il s'agit dans le travail de M. Chassaignac. Voyons comment notre collègue a été conduit à l'appliquer au traitement des hémorrhoïdes. Cette application n'est pas une nouveauté; vous savez tous que la crainte de l'hémorrhagie qui accompagne ou qui suit si souvent l'excision de ces tumeurs, a porté, depuis longtemps déjà, les chirurgiens à en débarrasser leurs malades au moyen d'un fil qui, en étranglant le pédicule de celles-ci, fait tomber leur corps en gangrène. J. L. Petit dit avoir employé bien des fois ce moyen sans inconvénient; mais plus tard, il y renonça, après avoir observé deux faits où l'opération avait produit les accidents les plus graves et la mort.

Vous trouverez ces deux faits dans un article *hémorrhoides*, qui, je ne sais pourquoi, fait partie du chapitre consacré aux ulcères dans l'ouvrage posthume de cet éminent chirurgien. J'avoue que ces deux observations et l'autorité si légitime de leur auteur avaient fait une vive impression sur mon esprit dès le début de mes études; que, plus tard, des dissections souvent répétées m'ayant montré la région de l'anus

comme une des régions du corps humain les plus dangereuses aux chirurgiens qui y pratiquent des opérations, et qu'enfin, élevé par mes maîtres dans la crainte de la phlébite et de l'infection purulente, ce ne fut jamais qu'à défaut de tout autre moyen de traitement, et comme dernière ressource, que, dans le cours de ma pratique chirurgicale, j'ai consenti à porter un instrument tranchant ou contondant sur un anus affecté d'hémorrhoïdes. M. Chassaignac a été plus hardi que moi; depuis quelque temps déjà il enlève sans hésitation avec son écraseur, qui coupe en même temps qu'il lie, toute tumeur un peu volumineuse de l'extrémité du rectum offrant les caractères cliniques des hémorrhoïdes.

Analysons donc ensemble les observations qu'il a publiées, et voyons si elles légitiment cette confiance. Ici, je dois vous avouer que je n'ai pas eu l'avantage d'entendre la lecture du mémoire de notre collègue ; aussi, dans ce que je vais vous dire sur ce point, je m'en tiendrai aux faits qui sont consignés dans un livre dont il vous a fait récemment hommage, et qui a pour sujet diverses applications nouvelles de l'écrasement linéaire. Ce livre contient 22 observations d'hémorrhoïdaires traités par l'écrasement. Mais il convient d'en distraire une, dans laquelle il ne s'agit que de condylômes ; restent donc 21 observations, qui ont été recueillies depuis le mois de septembre 1853 jusqu'au mois d'août 1855, c'est-à-dire vingt-trois mois, pendant lesquels il a été fait 21 opérations, qui toutes, moins deux, ont été pratiquées à l'hôpital Lariboisière. J'ai entendu avec étonnement notre honorable collègue M. Broca, dans une de nos dernières séances, énoncer un chiffre beaucoup plus élevé et un résultat bien plus beau que celui qui ressort de ce premier travail, puisqu'il dit que, sur 47 opérations, M. Chassaignac a obtenu jusqu'ici 47 succès.

Mais, je l'avouerai tout net, je soupçonne que ces chiffres sont erronés. J'en suis sûr pour celui qui exprime le nombre des succès obtenus, car sur les 21 cas mentionnés dans le livre dont le mémoire lu ici n'est qu'un développement, j'en trouve un qui est relatif à une mort par infection purulente. Ce cas malheureux a pour sujet un malade de quarante et un ans, et est relaté dans la dixième observation du livre dont il s'agit. Ainsi donc, à l'époque de cette publication, il y avait déjà un mort sur 21 opérations, d'où il résulte que, dans le cas même où celles-ci se seraient depuis élevées au chiffre de 47, il n'y a pas et il n'a jamais pu y avoir 47 succès ; c'est une rectification à faire dans nos bulletins, car il faut qu'on sache que, si nous pouvons nous tromper, nous n'avons, du moins, l'intention de tromper personne.

Mais, avant de poursuivre l'analyse de ces observations, permettez-

moi de vous arrêter un instant sur ce nombre de 21 opérations faites en vingt-trois mois. J'avoue que rien de ce que j'ai appris des autres sur le traitement des hémorrhoïdes et rien de ce que j'ai observé par moi-même ne me préparait à une pareille intervention de la médecine opératoire, et vous m'en voyez encore tout surpris. Depuis vingt ans que je fais de la chirurgie, j'ai eu occasion de traiter bien des malades affectés d'hémorrhoïdes; mais dans l'immense majorité des cas, soit qu'il s'agit de tumeurs isolées ou de bourrelets circulaires actuellement le siége d'une fluxion temporaire avec ou sans écoulement sanguin, j'ai vu tous ces malades guérir après quelques jours de repos et par une médication simple appropriée à l'état des parties affectées. Bien plus, placé depuis bientôt quinze ans à la tête d'un service d'hôpital qui compte près de quatre-vingts lits, et dans lequel il me passe, tous les ans, sous les yeux entre mille et douze cents malades, j'affirme que dans ce laps de temps et sur ce nombre de malades, je n'ai pas eu occasion, plus de cinq ou six fois, de pratiquer des opérations pour guérir les hémorrhoïdes.

Il y a loin de ce chiffre à celui que donne notre collègue? A quoi peut tenir cette différence?

Je ne voudrais rien dire qui pût ici ou ailleurs désobliger M. Chassaignac, mais je crains bien qu'il ne se soit laissé entraîner par une pente à laquelle cèdent beaucoup d'inventeurs de procédés nouveaux, et à laquelle n'a pas su résister notre regrettable collègue Vidal de Cassis, quand il appliqua son procédé d'enroulement des veines du cordon testiculaire à un nombre de malades plus ou moins affectés de varicocèle; nombre tel, qu'il lui fallut bien avouer que l'opération n'avait pas toujours été rigoureusement indiquée. Eh bien, je crois que M. Chassaignac a fait, pour les hémorrhoïdes, un peu de ce qu'avait fait Vidal pour le varicocèle, et, s'il me fallait en administrer la preuve, je vous renverrais à l'observation II de son livre, qui a pour sujet un homme de cinquante ans « affecté de tumeurs hémorrhoïdales qui » n'avaient donné lieu à aucun écoulement de sang, et qui n'étaient » sorties que depuis quinze jours; » à l'observation IV, où il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, « entré avec une tumeur hémor- » rhoïdale de la grosseur d'une petite noix, située à gauche du pour- » tour de l'anus; » à l'observation V, où l'on opéra « une femme dont » les tumeurs hémorrhoïdales étaient flétries, peu volumineuses, dis- » posées en deux groupes formés chacun de deux ou trois petites bosse- » lures de la grosseur d'un pois. »

L'application douteusement indiquée de l'écrasement linéaire à ces

cas simples n'a pas même l'avantage de plaider en faveur de l'innocuité de l'opération, car on doit croire qu'elle ne sera pas répétée dans les mêmes conditions par d'autres que par un inventeur, et elle a eu ici le grave inconvénient de faire courir aux malades qui l'ont subie un vingt et unième de chance de mort...!

Poursuivons l'analyse des 21 faits qui ont été publiés dans l'ouvrage que j'ai sous les yeux. L'écraseur, que ce livre tend à faire prévaloir dans le traitement des hémorrhoïdes, agit, nous l'avons vu, en étreignant ces tumeurs à leur base et en coupant celle-ci par une pression continue, qui la détache du reste de l'économie dans un temps qui varie entre 15 et 50 minutes. Cette section n'est pas, en général, accompagnée ou suivie d'une notable perte de sang, car les vaisseaux sont comme mâchés par l'instrument qui la produit, et c'est un avantage qu'elle partage avec la section faite par la ligature. Mais, en revanche, la plaie que produit cette section, de même que celle que produit l'écrasement, suppure pendant un certain temps, et cette dernière est toujours assez étendue, surtout quand on a dû, préalablement à l'écrasement, effectuer la pédiculisation du bourrelet hémorrhoïdal : d'où résulte la formation d'une cicatrice contractile amenant à sa suite un rétrécissement de l'extrémité de l'intestin. M. Chassaignac me paraît faire trop bon marché de cet accident, et cependant je le trouve noté trois fois au moins dans ses 21 cas. Ainsi, dans l'observation III, il est dit « que » le doigt ne peut franchir que difficilement l'orifice anal, arrêté qu'il » est par l'anneau cicatriciel qui circonscrit cette ouverture, et la ma- » lade quitte l'hôpital près de trois mois après, continuant l'usage des » mèches. » Ainsi, dans l'observation XII, on remarque « qu'après l'o- » pération l'anus est considérablement rétréci par une sorte de réunion » primitive d'une grande partie de la plaie, état qui persiste malgré » le traitement, puisqu'au moment de sa sortie le malade, pour éviter » les douleurs qui accompagnent la défécation, se sert alternativement » d'eau de Sedlitz et de lavements. » Ainsi encore, dans l'observation XIII, il est dit « qu'au jour de la sortie du malade la constriction anale » diminue tous les jours. » A ces trois faits, j'en puis ajouter un quatrième que j'ai observé il y a trois mois à l'hôpital Necker, et qui a pour sujet un homme qui nous a dit avoir été opéré d'hémorrhoïdes par M. Chassaignac à l'hôpital Lariboisière. Il se plaignait d'un rétrécissement anal que nous avons constaté par le toucher. Nous avons cru être agréable à notre collègue en lui renvoyant ce malade à son hôpital.

Ces faits sont suffisants pour montrer la réalité d'un rétrécissement

anal à la suite de l'écrasement linéaire des bourrelets hémorrhoïdaux. La théorie indique qu'il doit être fréquent; mais je ne suis, pas plus que M. Chassaignac, en mesure de rien affirmer à présent sur ce sujet. Pour moi, je crois que les observations qu'a recueillies notre collègue sont encore trop récentes, et les malades qu'il a opérés pour la plupart trop faciles à perdre de vue, pour qu'il lui ait été donné de constater, *de visu*, tous les phénomènes qui ont suivi ses opérations, et en particulier le rétrécissement anal. J'en dirai autant des accidents qui peuvent être le résultat de l'extirpation complète des tumeurs hémorrhoïdales. C'est un axiome de pathologie générale sur lequel tous les auteurs sont d'accord: que des maladies de toutes sortes peuvent être la suite plus ou moins éloignée de cette suppression. Mon opinion est tellement faite sur ce point, qu'à défaut d'autres inconvénients que je lui trouve, je rejetterais l'écrasement linéaire par cela seul qu'il ne permet pas de laisser subsister une ou deux tumeurs pour entretenir un écoulement de sang salutaire après l'extirpation de la masse principale, précepte qui date de l'école hippocratique, et qui, de nos jours, a été appuyé de l'autorité de Boyer et de Marjolin.

En résumé, Messieurs, l'écrasement linéaire, appliqué au traitement des hémorrhoïdes, est, à mes yeux, encore un sujet d'étude, et son innocuité complète pendant son exécution ou dans ses suites est un fait qui ne me paraît pas être encore acquis à la science.

M. CHASSAIGNAC n'admet pas l'analogie entre l'écrasement linéaire et les ligatures métalliques; l'écrasement agit par des mouvements alternatifs en sens contraire, qui produisent le tassement des fibres du tissu avant de le diviser. C'est de là que vient la différence qui existe entre les effets de cette méthode et ceux de la ligature, différences qui ont été déjà constatées dans une discussion de la Société de chirurgie. M. Lenoir ayant confondu les deux modes d'action, il n'est pas étonnant qu'il ne trouve rien de nouveau dans la méthode de l'écrasement linéaire, et qu'il l'accuse des accidents propres à la ligature.

Pour ce qui a été dit au sujet des observations, M. Chassaignac répond que celles qui lui ont servi pour son mémoire ont été recueillies depuis le 1er janvier 1855. Il ajoute que tous ses malades avaient demandé l'opération pour des hémorrhoïdes anciennes, et qui déjà causaient l'épuisement. Du reste, il n'en est venu à employer sa méthode sur hémorrhoïdes considérables qu'après l'avoir appliquée à des tumeurs moins grosses.

Pour ce qui est des cicatrices rétractiles, M. Chassaignac n'a vu qu'une seule fois la rétraction avoir lieu, et ce n'était pas dans un cas

d'hémorrhoïdes simples ; il y avait en même temps du tissu cancroïdien, il y eut un peu de resserrement de l'anus, mais néanmoins la malade sortit de l'hôpital avec une liberté parfaite de la défécation. Il fait remarquer en outre que chez les malades qui ont depuis longtemps des hémorrhoïdes, l'ampoule rectale est souvent très-dilatée, d'où résulte une difficulté de défécation qui peut persister après la guérison. Cependant, un certain nombre d'opérés ont été revus deux ans après la guérison, et aucun d'entre eux n'avait de difficulté à aller à la selle. Celui que M. Lenoir a adressé à M. Chassaignac, de l'hôpital Necker, n'est pas venu le trouver, mais il fait observer que pour juger le résultat d'une opération, il serait nécessaire de la connaître dans tous ses détails et de savoir quelle était la lésion qui l'a motivée.

En terminant, M. Chassaignac déclare que, dans le nombre assez considérable de malades guéris par sa méthode, il n'en a pas vu un seul qui ait éprouvé, par la suite, des accidents dépendant de la suppression du flux hémorrhoïdal.

M. DEGUISE, malgré ce que vient de dire M. Chassaignac, n'est pas complétement rassuré sur ce que pourront devenir les opérés ; car il ne croit pas que l'on puisse, chez tout le monde, supprimer impunément le flux hémorrhoïdal ; il craint que, plus tard, il n'en résulte des accidents. A ce sujet, il rapporte qu'il a soigné pendant dix-huit mois, par tous les moyens possibles, une dame affectée d'ophthalmie granuleuse sans aucun succès. Enfin, ayant appris que sa malade avait eu des hémorrhoïdes qu'on avait liées sept ou huit ans auparavant, il lui fit employer des suppositoires de beurre de cacao et d'émétique ; les hémorrhoïdes reparurent et, bientôt après, l'ophthalmie était guérie. Pour éclairer cette question, il faudrait suivre longtemps les malades.

M. CHASSAIGNAC répond que, pour savoir s'il y aura des accidents par suite de la suppression des hémorrhoïdes, il faudra du temps ; cependant, il fait observer qu'une partie de ses malades est guérie déjà depuis deux ans, et qu'il avait choisi des cas extrêmes, dans lesquels les hémorrhoïdes existaient depuis longues années. Il compte d'ailleurs poursuivre ses observations.

M. MICHON rappelle que, jusqu'ici, les chirurgiens n'opéraient les hémorrhoïdes que dans des conditions particulières, lorsque l'opération était indiquée par quelques complications, et que les idées médicales restreignaient encore le nombre des opérations en présentant les hémorrhoïdes comme un bienfait de la nature. Aussi, les cas d'opérations étaient-ils très-rares, et M. Lenoir a pu s'étonner du nombre

d'observations rapportées par M. Chassaignac; mais ce nombre s'explique par la grande quantité de malades qu'il a vus, et surtout parce que le diagnostic et le pronostic de la maladie ont changé.

De même que M. Lenoir, M. Michon n'attaque les hémorrhoïdes qu'autant qu'elles deviennent dangereuses par les accidents qu'elles provoquent; ainsi, lorsqu'elles produisent l'épuisement, il faut les détruire, et bientôt on voit le malade revenir à la santé. Sans doute M. Chassaignac a opéré des malades dans de semblables conditions; mais il a dû aussi enlever des hémorrhoïdes que d'autres chirurgiens auraient respectées.

Quant aux accidents qui peuvent suivre la suppression des hémorrhoïdes, ils peuvent arriver tardivement. Les maladies du foie, par exemple, peuvent se déclarer longtemps après la suppression dont elles sont l'effet. En terminant, M. Michon insiste sur la nécessité de distinguer les hémorrhoïdes dangereuses, celles qui sont supportables, et celles qui sont nécessaires à la santé.

M. BOINET pense qu'on ne doit juger les effets de l'opération qu'au bout d'un certain temps. Il connaît une dame opérée par M. Chassaignac qui a beaucoup souffert pendant les premières semaines, et qui, maintenant, se porte complétement bien.

M. LABORIE s'explique le nombre comparativement considérable des opérations de M. Chassaignac, parce que les autres chirurgiens refusent, en général, d'enlever les hémorrhoïdes.

Aujourd'hui M. Chassaignac apporte un procédé dont les résultats sont superbes et doivent faire admettre l'opération dans des cas où les dangers, inhérents aux autres méthodes, l'eussent fait rejeter. Quant au danger de la suppression des hémorrhoïdes, M. Laborie ne connaît pas d'accidents qui en dépendent évidemment. Dans le cas cité par M. Deguise, il pense que la guérison a été due, non pas à la réapparition des hémorrhoïdes, mais à la révulsion opérée par le suppositoire stibié. En résumé, il croit que les personnes hémorrhoïdaires se portent bien, malgré et non pas à cause de leurs hémorrhoïdes.

M. DEGUISE répond à l'observation de M. Laborie que, chez sa malade, on avait employé sans résultat presque tous les moyens révulsifs, et que, d'ailleurs, la guérison n'a pas été la suite de l'irritation causée par les suppositoires, car elle n'a eu lieu qu'après la réapparition des hémorrhoïdes.

M. DEMARQUAY pratique la cautérisation superficielle des bourrelets hémorrhoïdaux de façon à produire une inflammation qui obstrue les

vaisseaux plutôt que de réduire les tumeurs en escharres. Plusieurs fois des malades qu'il avait opérés lorsqu'ils étaient déjà épuisés, sont revenus le voir, jouissant d'une santé parfaite.

M. MARJOLIN pose quelques contre-indications à la cure des hémorrhoïdes. Il faut, suivant lui, les respecter chez les gens à tempérament apoplectique. Les hémorrhoïdes qui amènent des accidents, qui produisent l'épuisement, doivent être opérées ; mais, dans ce cas encore, si on les supprime trop brusquement, il en résultera des congestions.

M. LABORIE fait remarquer que, le plus souvent, les hémorrhoïdes externes s'accompagnent d'hémorrhoïdes internes, de sorte qu'en opérant les bourrelets hémorrhoïdaux, on ne supprime que ce qui est extérieur, sans enlever la cause des fluxions qui s'opposent aux congestions.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Silhert (d'Aix) adresse à l'appui de sa candidature la liste de ses divers travaux, sa thèse inaugurale sur le naturisme chirurgical, et la fin de l'observation qu'il avait communiquée à la Société, dans la séance du 24 décembre 1856, sur l'ablation d'un ostéosarcome du maxillaire inférieur. (Commissaires : MM. Laborie, Guérin, Broca.)

—M. Saurel (de Montpellier) adresse une lettre à l'occasion d'un cas d'enfoncement du crâne, présenté par M. Danyau dans la séance du 21 janvier. Cette lettre sera lue dans une des prochaines séances.

— La Société reçoit ensuite les ouvrages suivants :

*Premier fascicule de l'*ART DENTAIRE, *revue mensuelle*, par MM. Fowler et Preterre.

Observationes de linguæ structura penitiore, par M. le docteur Heimann Sachs (de Breslau).

Coup d'œil sur l'akidopeirastie ou nouvelle méthode d'examen avec le secours d'instruments perforants, par le docteur Th. Middeldorpf (de Breslau).

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Double fracture en V du tibia droit produite par une violence extérieure. — M. DEMARQUAY présente un tibia droit recueilli sur un jeune homme de vingt-neuf ans. Pendant une rixe, il survint chez cet individu, qui était dans un état d'ivresse, une fracture comminutive avec issue des fragments à travers la peau. Un médecin appelé réduisit la fracture et mit un appareil. Deux jours après l'accident, il sur-

vint du *delirium tremens*. Lo malade fut apporté à la maison de santé, dans le service de M. Monod. Là, M. Demarquay constata un phlegmon diffus do la jambe droite et un peu de gangrène de la peau. En deux jours, le *delirium tremens* céda à l'opium à haute dose. Mais les accidents phlegmoneux et gangréneux marchaient, et l'amputation de la jambe devint nécessaire. Ce sont les pièces résultant de cette amputation, à laquelle d'ailleurs le malade a succombé, que M. Demarquay présente. Il résulte de l'examen de la fracture du tibia qu'elle offre la forme d'un double V, l'un formé aux dépens du fragment inférieur, et l'autre du fragment supérieur.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire de la Société, Desormeaux.

Séance du 18 février 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Luxation incomplète de l'humérus. — M. CHASSAIGNAC présente un enfant qui est affecté, depuis trois mois, d'une luxation incomplète de l'humérus, dont la cause n'a point été reconnue. Le bras est fortement écarté, et il est impossible de le ramener contre le corps. Il existe un sillon profond correspondant au bord antérieur du deltoïde. Les doigts, appliqués sur la tête de l'humérus, la sentent, dans les mouvements, rouler sur la partie externe du rebord glénoïdien.

Luxation du gros orteil gauche en dehors, avec plaie et issue de la tête du premier métatarsien. Résection de celle-ci. Guérison.

M. LARREY : Les luxations compliquées du gros orteil sont assez rares, les moyens d'y remédier assez difficiles et les résultats assez graves, pour qu'il m'ait paru intéressant de présenter à la Société un cas dans lequel j'ai cru devoir réséquer la tête du métatarsien. Je m'y suis décidé, non-seulement à cause de l'impossibilité de la réduction, mais encore d'après le souvenir d'un fait à peu près semblable, ayant offert cette différence essentielle que la réduction, obtenue pour ainsi dire de vive force, fut suivie de résorption purulente et de mort. Dans le cas actuel, au contraire, la guérison a eu lieu. Voici, du reste, l'observation

présente telle qu'elle a été recueillie par le docteur Gaujot, mon ancien aide de clinique au Val-de-Grâce :

Beauchamp (Joseph), voltigeur au 48e de ligne, est entré à l'hôpital le 25 juin 1856. Pendant la soirée, cet homme fit une chute de cheval dans laquelle il eut le pied gauche pris entre le sol et l'épaule de l'animal, renversé lui-même sur le flanc. Lorsqu'il voulut se relever, il remarqua que la partie interne de son soulier était déchirée et qu'il s'en échappait du sang. Aussitôt il fut transporté dans cet état au Val-de-Grâce. Il est probable que la luxation a été produite pendant le choc, par la pression directe du poids du cheval sur le bord interne du pied, sinon par l'intermédiaire de l'étrier.

M. le professeur Larrey, mandé immédiatement, trouva les parties dans l'état suivant : 1° le gros orteil luxé en dehors et en haut, ayant subi un mouvement de torsion sur son axe, et fortement relevé de façon à présenter une direction presque perpendiculaire à celle du métatarsien; 2° une plaie contuse à bords écartés, mais nettement coupés, située longitudinalement suivant le bord interne du pied, longue de 5 centimètres environ, à partir du niveau de l'articulation métatarso-phalangienne; 3° entre les deux lèvres de la plaie, faisait saillie la tête du premier métatarsien, dont l'extrémité renflée était entièrement à découvert; 4° un gonflement considérable, ayant déjà envahi la totalité du pied, s'accompagnait de douleurs vives. Plusieurs tentatives de réduction, faites avant l'entrée du blessé à l'hôpital et ensuite par les chirurgiens de garde, avaient été sans succès.

M. Larrey, après quelques essais, voyant que la réduction ne pourrait être obtenue, malgré le chloroforme, qu'au prix d'efforts plus ou moins violents, préféra s'en abstenir, et pratiquer tout de suite la résection de la tête du premier métatarsien. La section en fut facilement exécutée, à l'aide d'une petite scie, au niveau des bords de la plaie, les parties molles ayant été préalablement refoulées avec un morceau de carton. Le gros orteil fut aussitôt remis en place, le pied posé sur un coussin élevé, tourné sur son bord externe et soumis, dans l'immobilité, à une irrigation continue.

Pendant la nuit suivante, fièvre, insomnie, un peu d'agitation, quelques contractures dans la jambe. — Le 26 juin, le gonflement du pied a augmenté. Saignée du bras, etc. — Les 27 et 28, les symptômes généraux persistent; cependant pas de délire. — Le 29, plus de contractures dans la jambe. La tuméfaction a notablement augmenté : elle atteint la partie inférieure de la jambe, et occupe toute la face dorsale du pied, qui est très-tendue, chaude, rouge, brunâtre même dans quelques points,

sans phlyctènes; on commence à y sentir de la fluctuation, mais la face plantaire est restée parfaitement saine.— Le 30 juin, rémission dans les symptômes généraux; pouls moins élevé; un peu de sommeil, etc. Le foyer tend à se limiter sur le dos du pied, bien que l'empâtement remonte encore jusque autour des malléoles.

Le 1er juillet, il survient une large plaque rouge, érysipélateuse à la partie inférieure et interne de la jambe, probablement produite par la pression d'une alèze qu'on avait placée en travers. On aperçoit aussi quelques traînées rouges d'angioleucite, remontant jusqu'à la cuisse. Mais aucune de ces complications n'a de suites graves, et à partir du 3 juillet, on n'a plus à s'occuper que de la plaie et du foyer qui s'était formé et limité sur le dos du pied. M. Larrey y pratique deux incisions qui donnent issue à du pus mêlé de sang. On cesse l'irrigation et on fait uu pansement simple.

Le 1er août, les deux incisions faites sur le dos du pied sont cicatrisées, le gonflement a diminué peu à peu; il ne reste plus qu'un léger empâtement. La plaie de la luxation est réduite à un simple trajet fistuleux conduisant dans un espace assez grand resté vide, à la place de l'articulation métatarso-phalangienne. Le 18, cette fistule persiste, quoiqu'elle donne lieu à peu de suppuration. Le gros orteil se tenant plus relevé que les autres doigts du pied, on a soin de l'abaisser à l'aide d'une planchette.

Le 1er septembre, le trajet fistuleux est fermé. On observe alors le tassement du gros orteil, c'est-à-dire que celui-ci est attiré en arrière et qu'il est d'un demi-centimètre moins long que le second orteil. Le blessé commence à se lever en se servant de béquilles.

Octobre. La rétraction en arrière du gros orteil a encore augmenté. Il est maintenant de plus d'un centimètre plus court que le second. Il est mobile et séparé du bout du métatarsien réséqué par un espace dépressible, au niveau duquel on remarque un certain enfoncement. Son extrémité unguéale a encore de la tendance à se relever. La marche reste difficile, parce que la pression du pied sur le sol, au niveau de l'extrémité du métatarsien réséqué, détermine de vives douleurs et de l'œdème.

Mais enfin, en novembre et décembre, le gros orteil, raccourci de deux centimètres, s'est abaissé régulièrement au niveau du second, sans perdre de sa mobilité; la saillie légère du métatarsien réséqué s'efface de plus en plus, et la pression de l'extrémité du pied sur le sol, devenue assez facile, est favorisée surtout par une chaussure garnie d'un coussinet.

Ce militaire, sorti du Val-de-Grâce le 22 janvier, a été admis à une pension de retraite, et il se trouve aujourd'hui dans de bonnes conditions pour supporter la marche.

Fracture complète du maxillaire supérieur. — M. RICHET présente un malade dont il rapporte ainsi l'histoire :

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade traité dans mon service d'une fracture très-rare et dont il n'existe que deux ou trois exemples dans la science, je veux parler de la *fracture isolée et complète du maxillaire supérieur*, *sans complication de plaie ni d'écrasement.* Voici en peu de mots l'histoire de ce malade.

Le nommé Alric, fort de la Halle, chargeait un sac de farine sur une voiture, lorsque l'échelle qui le portait vint à tourner. Il perdit l'équilibre et tomba la face contre un des degrés de l'échelle avec le sac qu'il avait sur la tête.

Il ne perdit pas connaissance et fut amené de suite à l'hôpital Saint-Antoine, où nous le trouvâmes dans l'état suivant : trois petites plaies contuses existaient à la face, une seule ayant une certaine gravité, en ce sens qu'elle intéressait toute l'épaisseur de la lèvre inférieure à sa base et pénétrait dans la cavité buccale ; elle laissait écouler de la salive en assez grande abondance.

Ce qui attire surtout notre attention, c'est l'état des os de la face. Le côté gauche de la mâchoire supérieure paraît un peu enfoncé, et en portant le doigt dans la cavité buccale, on sent le maxillaire supérieur très-mobile en totalité ; il paraît effectivement comme détaché des autres os, avec lesquels il s'articule cependant d'une manière si solide. En étudiant avec plus de soin dans quels points il se trouve fracturé, on observe :

1° Que la solution de continuité qui passe entre les deux incisives gauches se continue en arrière en suivant la ligne médiane jusqu'au niveau de la portion horizontale de l'os palatin, et se porte à angle droit en dehors en passant en arrière de la tubérosité molaire. L'os palatin ne semble donc pas avoir été compris dans la fracture.

2° L'apophyse montante de l'os maxillaire paraît plutôt disjointe que fracturée, et l'un des os propres du nez, très-mobile, est séparé de l'autre.

3° La portion du bord inférieur qui tient à l'apophyse montante est également mobile ; le trait de la fracture, descendant un peu au-dessous de l'os carré, a séparé cet os du maxillaire, et va rejoindre, en arrière de la tubérosité molaire, probablement en passant à travers le sinus maxillaire, celui qui isole le même os du palatin.

Le maxillaire supérieur gauche ainsi séparé de son congénère, des os propres du nez, unguis et planum, de l'os carré, du palatin et de l'apophyse ptérygoïde, est devenu très-mobile, et sa tendance à se déplacer en bas et en dehors est très-marquée. Il doit certainement à la conservation de l'os palatin et de l'apophyse ptérygoïde de ne point se porter en arrière. Sur la ligne médio-palatine existe un enfoncement assez profond par suite de l'élévation de cette partie du fragment, élévation correspondant à l'abaissement de sa portion externe.

Une hémorrhagie abondante a lieu par les fosses nasales ; le tamponnement de la narine et la glace ne parviennent que difficilement à l'arrêter.

Après avoir replacé le maxillaire, ce qui d'ailleurs ne présente point de difficultés sérieuses, je cherche à le maintenir par le simple rapprochement des mâchoires, mais inutilement. J'introduis alors entre les arcades dentaires un morceau épais de gutta-percha ramollie dans l'eau chaude, présentant en haut et en bas deux ailerons destinés à pénétrer dans les sillons géniens supérieurs pour empêcher le déplacement de l'appareil du côté de la cavité buccale ; alors, pendant que la gutta-percha est encore molle, je fais rapprocher les mâchoires de manière que les dents s'y impriment, et je fixe le tout avec une fronde.

Le lendemain et jours suivants, les choses se passent assez bien ; seulement je suis obligé de faire saigner plusieurs fois le malade, et même assez abondamment. Plus tard, il fut pris de douleurs périodiques très-intenses dans la région parotidienne, que j'attribue à une névrite de la cinquième paire, et qui cèdent effectivement à l'usage du sulfate de quinine.

Enfin nous observâmes encore, dans le cours du traitement, un gonflement du sac lacrymal.

Aujourd'hui, après trente-cinq jours, la consolidation de la fracture est complète, ainsi que vous pouvez le voir. Mais il se présente ceci de particulier, que le malade ne peut rapprocher complétement les mâchoires et qu'il reste en avant, entre les incisives, un intervalle assez considérable pour loger le doigt ; cela tient à ce que les molaires supérieures du côté fracturé touchent les inférieures longtemps avant que les dents antérieures puissent se rencontrer. C'est qu'en effet, quelque persévérants qu'aient été nos efforts, et, je dois le dire, la docilité du malade, il nous a été impossible de maintenir l'appareil en gutta-percha entre les dents molaires, et qu'il a toujours eu de la tendance à glisser en avant. Aussi l'os a-t-il conservé un peu de cette inclinaison en bas et en dehors que j'ai signalée au moment de l'ac-

cident, inclinaison que l'appareil n'a pu suffisamment corriger. C'est donc là le point sur lequel j'attire, pour l'avenir, d'une manière toute spéciale, l'attention et les méditations de mes collègues et de tous les praticiens.

Malgré cet inconvénient, le malade mastique assez bien les corps mous; mais il ne peut facilement diviser ses aliments avec les incisives, il est obligé de les ramener sur les molaires, ainsi que vous pouvez le voir en ce moment; de plus, enfin, il éprouve en mâchant un retentissement douloureux dans tout le côté gauche de la mâchoire et dans l'articulation temporo-maxillaire du même côté.

M. HUGUIER pense que, loin d'être rares, les fractures du maxillaire supérieur sont fréquentes, et que, bien qu'il y en ait peu d'exemples de publiés, on les observe assez souvent.

M. LARREY. Les fractures de l'os maxillaire supérieur ne me paraissent pas aussi rares que le croit M. Richet, sans être pour cela aussi fréquentes que le présume M. Huguier. Réduire à trois le nombre des faits publiés, c'est ne pas tenir compte de ceux que l'on pourrait trouver encore, et qui appartiennent à divers chirurgiens.

J'ai vu, pour ma part, plusieurs cas de fractures de la mâchoire supérieure par des coups de feu, et j'en ai relaté quelques-uns. Les tentatives de suicide par coups de pistolet en fourniraient à elles seules beaucoup d'exemples épars dans les annales de la chirurgie.

Mais en laissant de côté les observations de ce genre, on citerait encore des fractures dues à d'autres causes directes. Il en est même qui ont été produites par des causes indirectes ou par contre-coup. Tels sont deux faits curieux publiés autrefois par notre éminent collègue M. Jules Cloquet. Il s'agissait, dans l'un de ces cas, d'une fracture de la mâchoire supérieure occasionnée par un singulier mécanisme. L'ouvrier machiniste d'un théâtre étant tombé dans une trappe, était resté suspendu par le menton sur le bord de l'ouverture, tandis que la trappe elle-même, d'un poids considérable, s'était rabattue sur la tête de ce malheureux.

Le mémoire de M. Cloquet indique d'ailleurs aussi des faits de fractures ou d'écrasement de la mâchoire supérieure par cause directe.

M. DEGUISE fait observer qu'on pourrait rendre la mastication plus facile en arrachant les molaires de l'os fracturé qui empêchent le rapprochement des arcades dentaires.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion de l'atrésie de l'anus, dont M. Boinet a entretenu la Société dans la dernière séance, M. Guersant rapporte que, dans un cas

analogue, il fit pénétrer dans l'ampoule un cathéter cannelé, dont il se servit pour diviser les parties par une opération semblable à la taille bilatérale. Il fit d'abord une incision en se dirigeant sur la cannelure du cathéter, puis il introduisit un lithotome double, dont il se servit pour agrandir cette première ouverture. Il plaça une canule de gomme élastique à demeure. Après la guérison, l'enfant rendait les matières par l'ouverture artificielle, mais il en sortait toujours un peu par le vagin. M. Guersant ajoute qu'on est forcé de mettre constamment une canule quand on n'a pas fixé la muqueuse rectale au dehors ; c'est ce qui lui est arrivé dans une douzaine de cas environ.

M. VERNEUIL prend acte de cette déclaration et fait remarquer que, d'après cela, on peut regarder le résultat comme à peu près nul, puisque, si la vie est prolongée, elle ne l'est pas au delà de deux à trois ans. Il demande à M. Guersant si dans certains de ces cas il aurait pu amener la muqueuse à l'extérieur et la coudre avec la peau.

M. GUERSANT répond que cela est quelquefois possible, mais que souvent cela ne l'est pas. Il rapporte ensuite un cas rare qui s'est présenté à son observation.

Cloison membraneuse à la réunion du cœcum et du côlon ascendant. — On amena à l'hôpital un enfant qui depuis sa naissance n'avait pas eu de garde-robes, et qui rendait du méconium par le vomissement. L'anus existait ; une sonde introduite dans le rectum pénétra très-haut. Ne sachant pas à quelle hauteur se trouvait l'obstacle, M. Guersant renonça à aller chercher le bout de l'intestin à travers la paroi abdominale et ne pratiqua pas d'opération ; l'enfant mourut. A l'autopsie, on trouva le cœcum séparé du côlon par une cloison. Tout le côlon était vide et très-étroit, le cœcum et l'intestin grêle étaient distendus par le méconium.

CORRESPONDANCE.

M. L. Raimbert, médecin de l'hôpital de Châteaudun, qui avait déjà adressé un mémoire pour obtenir le titre de membre correspondant, adresse les travaux suivants :

Nouveau procédé de trachéotomie.

Observation de vomissements incoercibles, avortement provoqué, mort.

Observation d'un prolapsus du rectum, traité par l'écrasement linéaire.

Renvoi à la commission, composée de MM. Cazeaux, Laborie, Jarjavay.

— La Société reçoit les numéros 2 et 3 du tome XVI du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

Reprise de la discussion sur le traitement des hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire.

M. LENOIR. Je m'applaudis d'avoir ramené la discussion sur le traitement des hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire, puisque, dans cette discussion, vous avez entendu des opinions évidemment compétentes se produire, je ne dirai pas sur la gravité, mais, au moins, sur l'absence complète d'innocuité dont on a cherché à doter ce nouveau mode de traitement. En prenant la parole en ce moment, je n'ai d'autre intention que de constater qu'il n'existe entre M. Chassaignac et moi que de faibles dissidences sur les points que j'ai attaqués dans son travail, et pour cela je vais reprendre les principales objections que je lui ai faites, et répondre aux arguments qu'il leur a opposés.

J'avais dit que le nombre des opérations exécutées sur des hémorrhoïdes au moyen de l'écraseur linéaire me paraissait considérable eu égard au peu de temps depuis lequel cet instrument est inventé. Je puis, à présent, étayer mon opinion de celle de notre collègue M. Michon, qui vous a dit qu'il doutait que Dupuytren et Roux, dans leur longue carrière, eussent eu occasion d'opérer un nombre aussi grand d'hémorrhoïdaires que notre collègue M. Chassaignac en a opéré en deux ans. Que nous a-t-on répondu ? Que ce nombre insolite d'opérations était le résultat de la notoriété publique qui s'était attachée à l'instrument et à son auteur, et qui avait attiré à ce dernier plus de malades affectés d'hémorrhoïdes qu'à tout autre chirurgien. J'admets cet effet de la notoriété sur le chiffre très-élevé des observations de la deuxième série, mais je ne puis l'admettre sur celui de la première ; car enfin cette notoriété n'existe que depuis la publicité donnée aux faits de cette première série.

J'avais cherché à expliquer ce grand nombre d'opérations, en pensant que l'auteur avait cédé à une pente à laquelle se laissent trop facilement aller les inventeurs d'instruments, et je citais à l'appui de cette thèse trois observations où l'opération pratiquée ne m'avait pas paru suffisamment indiquée. M. Chassaignac me semble avoir passé condamnation, au moins sur les trois faits; car il avoue que, dans ses premiers essais, il avait dû par humanité appliquer son écraseur à des cas simples. Or, substituons à ces mots *cas simples* ceux de cas où l'on eût pu guérir les hémorrhoïdes par les moyens ordinaires, et nous serons d'accord.

Enfin, quant à la question des rétrécissements de l'anus, qui, à mon sens, doivent suivre fréquemment l'opération, et à celle des dangers nombreux qui peuvent naître dans un temps plus ou moins éloigné de la suppression complète des hémorrhoïdes par une opération, j'avais dit que les faits produits par l'auteur étaient encore trop récents, et les malades trop faciles à perdre de vue, pour qu'il soit aujourd'hui permis d'émettre sur ces deux sujets autre chose que des doutes. M. Chassaignac a répondu qu'il s'était fait un devoir de consigner dans son ouvrage tous les résultats de ses opérations qui étaient venus à sa connaissance; mais que comme il n'avait pu suivre tous ses opérés depuis, il n'était pas en mesure de parler de l'état actuel de plusieurs d'entre eux. Je n'avais pas dit autre chose.

On m'a reproché à plusieurs reprises, dans le cours de cette discussion, une prétendue confusion que j'aurais faite entre les observations consignées dans l'ouvrage publié et celles qui font partie du mémoire lu devant vous. Je tiens à vous montrer qu'il n'y a pas eu confusion de ma part, car j'avais eu soin d'avertir que, n'ayant pas assisté à la lecture du mémoire soumis par notre collègue à la Société, je me bornerais à présenter la critique des observations consignées dans un livre récemment écrit par lui, et dont le mémoire ne me paraissait être que la suite ou le complément. Or, il s'est trouvé qu'en me renfermant dans ce cercle assez étroit, j'étais cependant, sans m'en douter, entré un peu dans le sujet mis en discussion; car sur les 23 observations que j'ai analysées dans mon travail, 13 en avaient été distraites par leur auteur pour faire partie du mémoire dont il voulait qu'on s'occupât exclusivement. Voici comment les choses se sont passées: notre collègue a opéré, depuis 1853 jusqu'en janvier 1857, 57 cas d'hémorrhoïdes. Sur ce nombre, il n'en a publié que 23 dans son livre (ce sont celles que je vous ai fait connaître); les autres sont encore inédites, et n'ont pas même été lues ici. Or, en vous présentant son mémoire, qui est en grande partie fait avec le chapitre *Hémorrhoïdes* de son ouvrage, il pouvait, ou bien mettre de côté les 23 cas déjà connus, ou bien les rappeler, et, les faisant suivre des observations nouvellement recueillies, dresser une statistique complète de ses succès et de ses revers. Ce n'est point ainsi qu'a procédé notre collègue; il a continué à faire deux catégories de ses opérations, dont une première, composée des 10 premiers faits déjà consignés dans son livre, donne un mort; et une seconde, qui comprend les 13 derniers faits de ce livre et 34 nouveaux encore inédits, donne en tout 47 faits, sur lesquels il y a 47 succès!

Comment M. Chassaignac ne s'est-il pas aperçu qu'en faisant deux catégories aussi inégales de ses observations, il donnait gain de cause à deux des remarques critiques que je lui ai soumises? car, en prenant sa première série de 10 opérés dont un mort, j'aurais beau jeu à lui montrer que son opération n'est pas dépourvue de tout danger; et, en prenant sa seconde série de 47 opérés en deux ans, qu'il n'est pas suffisamment modéré dans les opérations qu'il pratique sur les hémorrhoïdes. Mais je me borne à vous signaler ce procédé de statistique sans le juger.

Encore un mot. J'avais engagé M. Broca à rectifier le chiffre de 47 succès sur 47 opérations qu'il avait annoncé dans une discussion qui a précédé mon travail, parce que j'avais cru que M. Chassaignac nous avait donné une statistique complète de ses faits. Je sais aujourd'hui qu'il n'en est rien, que ce chiffre de succès est exact, j'ai dit pourquoi; aussi n'insisterai-je pas sur la rectification que j'avais demandée; mais qu'il me soit permis de m'étonner que M. Broca, qui fait souvent de la critique, et qui la fait bonne, ait consenti à répéter un chiffre aussi incroyable, quand les faits sur lesquels il repose n'étaient qu'incomplétement connus de lui, qu'il ne les avait ni examinés ni commentés.

Pour moi, je ne parlerai de ces faits nouveaux que quand ils auront été publiés, et je les analyserai avec le bienveillant intérêt que je porte à la personne et aux travaux de M. Chassaignac. Estime pour les personnes et libre examen des ouvrages, a toujours été le principe qui m'a guidé dans les critiques que je me suis imposé la tâche de faire jusqu'à présent.

M. BROCA fait observer qu'il était, pour la vérification des 47 faits rapportés par M. Chassaignac, dans la même position que M. Lenoir; et que d'ailleurs il était peu important, à son point de vue, de les critiquer, puisqu'il n'en parlait que pour dire qu'il serait possible de trouver une pareille série de guérisons obtenues par la cautérisation.

M. CHASSAIGNAC ne peut admettre que ce soit un témoignage de bienveillance à son égard que d'insinuer qu'il a annoncé des faits qui ne sont pas exacts. Il aimerait mieux qu'on l'attaquât franchement.

M. Lenoir a attaqué un mémoire qu'il n'avait pas lu, à l'aide de matériaux puisés dans un livre publié antérieurement. Il dit qu'il n'avait pas le mémoire à sa disposition ! mais il avait dans la *Gazette des Hôpitaux* un résumé étendu de ce travail.

On s'étonne de trouver un nombre considérable d'observations dans le mémoire de M. Chassaignac; on dit que la pratique de Boyer et de

Dupuytren n'en offre pas autant. Mais cela ne signifie rien, car ces chirurgiens peuvent très-bien n'avoir pas publié toutes leurs opérations, et, n'ayant à leur disposition que des procédés très-dangereux, ils n'opéraient les hémorrhoïdes qu'à la dernière extrémité. D'ailleurs il est facile de s'assurer par les observations authentiques du nombre d'opérations pratiquées par M. Chassaignac, et il a déjà dit qu'il apportait dans l'expérimentation toute la prudence possible lorsqu'il s'agissait d'employer un procédé nouveau sur l'homme vivant. Il est parfaitement vrai que, depuis le 1er janvier 1855, il n'a pas perdu un seul malade à la suite de l'écrasement des hémorrhoïdes.

Pour les rétrécissements consécutifs du rectum, M. Lenoir en compte quatre; dans le livre de M. Chassaignac on en trouve trois, et sur ces chiffres il y en a deux qui n'ont rien à faire dans la question du traitement des hémorrhoïdes. On demande s'il n'y en a pas eu d'autres; mais tout le monde sait combien il est difficile de suivre les malades longtemps après leur guérison, et M. Chassaignac s'est contenté de dire qu'il n'avait pas observé de rétrécissements.

Enfin, on s'est plaint de ce que les faits de la première série n'avaient pas été lus devant la Société; mais M. Chassaignac ne pouvait pas venir lire quarante-sept observations. D'ailleurs cette exigence ne serait tout au plus admissible que vis-à-vis d'un homme qui n'aurait pas fait ses preuves, à qui on pourrait demander de justifier de la rectitude de son jugement et du soin qu'il apporte dans l'observation des malades.

— A cinq heures, la Société se constitue en comité secret.

Le secrétaire, Desormeaux.

ÉTUDES SUR LE CATHÉTÉRISME.

Rapport lu par M. Robert dans la séance de la Société de chirurgie du 11 février.

Messieurs, vous m'avez chargé de faire un rapport sur un travail adressé par M. le docteur Gély (de Nantes) à l'appui de la demande qu'il vous a adressée pour être élu membre correspondant de la Société de chirurgie; ce mémoire a pour titre : *Etudes sur le cathétérisme*

M. Gély pense, avant tout, que les maladies de l'urèthre, telles que l'inflammation, le spasme, les maladies de la prostate, etc., ne modifient pas la forme du canal, comme on le pense généralement, mais

qu'elles lui enlèvent seulement une part de son élasticité : proposition évidemment contestable pour les affections du col de la vessie et les hypertrophies de la prostate.

Partant de ce principe, M. Gély avance que le cathétérisme doit être d'autant plus facile que la forme des instruments se rapproche davantage de la courbure normale du canal urinaire. Il s'est donc attaché d'abord à déterminer exactement la longueur et la forme de la partie courbe de l'urèthre, et il a constaté :

1° Que la courbure sous-pubienne, au lieu de commencer au-dessous de l'arcade du pubis, comme on le suppose généralement, s'étend plus en avant jusqu'au ligament suspenseur, ainsi que Blandin l'avait déjà reconnu ;

2° Que cette courbure appartient à un cercle dont le diamètre est de 12 centimètres, ce qui se rapproche beaucoup des appréciations de ce même anatomiste.

Telles sont les données sur lesquelles s'appuie M. Gély pour proposer une sonde nouvelle, dont le caractère est d'offrir à son extrémité vésicale une courbure régulière de la longueur du tiers de la circonférence d'un cercle ayant 12 centimètres de diamètre.

M. Gély convient du reste que c'est le hasard qui l'a mis d'abord sur la voie d'employer une sonde de cette courbure. Il ne se préoccupe pas de la question historique ; il ne revendique aucune priorité ; il pense même que cette courbure a dû être plusieurs fois employée ; mais ce qu'il tient surtout à établir, c'est que le premier il a déterminé les conditions anatomiques qui conduisent à l'emploi rationnel de cet instrument.

Il raconte qu'ayant à sonder un homme de cinquante ans affecté de dysurie sans rétrécissement de l'urèthre, il essaya successivement plusieurs instruments de diverses formes, et ne put parvenir qu'à l'aide d'une sonde flexible, à laquelle il avait donné une courbure plus large que celle que l'on donne habituellement aux sondes.

A quelque temps de là il fut appelé près d'un vieillard de soixante-dix ans, qui dans le cours d'une grippe avait été pris de rétention d'urine ; il ne put le sonder qu'avec le même instrument.

Ces deux faits ont servi de point de départ aux recherches de M. Gély ; il a étudié avec soin, sur le cadavre, la forme, les dimensions, les diverses inflexions du canal, sa distance au pubis, etc., etc., et ce sont ces recherches qui l'ont conduit aux résultats que nous avons fait connaître plus haut. Il a vu, en outre, que lorsqu'une sonde flexible était laissée quelque temps à demeure dans l'urèthre, elle sor-

tait avec la courbure qu'il indique. Enfin, il fait observer que lorsqu'on pratique le cathétérisme avec une sonde ordinaire, munie de son mandrin, et qu'au moment où on est sur le point de franchir le col vésical, on a recours à la manœuvre indiquée par Hey, Bell, laquelle consiste à retirer un peu le mandrin tandis que l'on pousse la sonde, l'instrument prend naturellement une courbure semblable à celle qu'il propose.

Tels sont en résumé les faits principaux consignés dans le travail de M. Gély. Il n'est guère possible d'analyser les nombreuses recherches de l'auteur, il suffira de vous rappeler qu'elles portent ce cachet d'exactitude auquel il nous a habitués dans les travaux dont la science lui est déjà redevable.

Nous ne voudrions pas faire prévaloir ce procédé de cathétérisme à l'exclusion de ceux que l'on emploie habituellement; nous dirons seulement que dans les cas difficiles il peut offrir une ressource précieuse.

Messieurs, le travail de M. Gély nous a paru déjà suffisant en lui-même pour rendre son auteur digne de faire partie de la Société de chirurgie. Et cependant ce titre n'est pas le seul que nous ayons à vous signaler en faveur de notre confrère. M. Gély occupe une position très-honorable dans la chirurgie nantaise; il est chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et la science lui doit d'intéressants travaux, parmi lesquels il me suffira de vous rappeler son ingénieux procédé de suture intestinale.

Nous avons donc l'honneur de vous proposer :

1° D'admettre M. Gély au nombre des membres correspondants de la Société de chirurgie;

2° De déposer honorablement dans vos archives le travail qu'il vous a adressé sur le cathétérisme.

Séance du 25 février 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Kyste séreux de l'aile du nez traité par le séton-fil. — M. HUGUIER présente à la Société un homme affecté d'une maladie très-rare et fort intéressante.

Claude Boulaudet, trente-cinq ans, homme de peine, né à Vertault (Côte-d'Or), demeurant rue de Bercy, 43, est entré le 31 janvier 1857 dans le service de **M. Huguier**, pour une tumeur siégeant au côté gauche du nez.

Antécédents. — Les parents du malade ont vécu jusqu'à un âge avancé. Son père est mort, à soixante-douze ans, d'une maladie aiguë; sa mère a atteint soixante-dix ans. Il a des frères qui sont fort bien portants, et personne dans sa famille n'a présenté une affection semblable à la sienne. Le sujet lui-même n'a offert aucune manifestation scrofuleuse; sa vie a toujours été exemplaire et sans la moindre tache syphilitique. De plus, il n'a ressenti aucune violence qui puisse être donnée comme point de départ de la tumeur. Aucun phénomène notable n'a précédé son développement: pas de gêne dans la narine, pas d'écoulement de mucosités, etc. Une petite grosseur a paru vers le mois de mai dernier, à l'union des cartilages et des os du nez: c'était d'abord un petit soulèvement de la peau qui s'est développé lentement.

En six mois, elle n'avait atteint que le tiers à peu près du volume actuel. Elle était cependant assez volumineuse en octobre pour gêner le passage de l'air dans la narine correspondante. Le malade a essayé de percevoir des odeurs de ce côté sans y réussir.

A ce moment la tumeur se mit à diminuer rapidement jusqu'à disparaître, sans autre phénomène: pas d'hémorrhagie, pas d'écoulement de pus. La perception des odeurs revint.

Trois semaines après, en novembre, la grosseur reparut et augmenta petit à petit jusqu'au mois de janvier, où son accroissement devint très-rapide. Depuis ce temps, des élancements s'y font sentir.

Le malade ne consulta qu'un médecin, qui crut reconnaître un polype. Le seul topique employé fut une pommade jaune.

Etat actuel. — La santé générale est excellente. La tumeur occupe le côté gauche du nez, et déborde un peu sur la joue. Elle est bornée en avant, par le dos du nez; en bas, par le bord inférieur de l'aile du nez; en haut, par une ligne qui réunirait l'angle interne des yeux; en dehors, par un arc de cercle qui suivrait dans sa moitié supérieure la limite de la paupière inférieure, et irait, dans sa seconde moitié, rejoindre l'aile du nez. Un léger sillon la divise en deux parties: une interne, ayant l'étendue du cartilage de l'autre côté; une externe, ayant le volume d'un œuf de pigeon, formant le point le plus saillant de la tumeur, et s'étendant par des pentes insensibles jusqu'aux limites que j'ai indiquées. La peau est à peine plus rouge que de l'autre

côté du nez. La pression ne détermine aucune douleur. On sent partout la fluctuation, plus manifeste cependant en certains points. La partie externe de la tumeur est circonscrite par un sillon qui permet de passer le doigt sous le bord correspondant. La tumeur est immobile. L'exploration peut en être faite sous la lèvre, au point de réflexion de la muqueuse labiale sur la gencive. Dans ce dernier point, aussi bien que dans la narine, où la muqueuse est singulièrement amincie, on sent que la tumeur est fluctuante.

Diagnostic. — Il s'agit ou d'un kyste, ou d'une tumeur encéphaloïde. Deux faits qui se sont présentés à M. Huguier le font incliner vers la première opinion.

Traitement. — Le 2 février, tout étant disposé pour une opération sérieuse dans le cas où l'on aurait affaire à une tumeur maligne, une ponction exploratrice est pratiquée au point le plus déclive ; une cuillerée et demie d'un liquide légèrement visqueux, rappelant un peu par sa couleur la teinture d'iode, s'échappe par la canule. Le kyste vidé, un séton formé d'un fil double traverse les deux extrémités de son grand diamètre vertical. Une vive inflammation limitée à la tumeur est déclarée dès le soir.

Le 3, diète ; applications émollientes en permanence.

Les jours suivants, le kyste se remplit de liquide ; l'inflammation s'arrête.

Le 8, la disparition du liquide est manifeste ; il s'écoule par les orifices du séton.

Le 10, le volume du kyste est celui d'un noyau d'abricot.

Du 10 au 20, même état.

Le 20, on retire le fil du séton.

Le 24, la tumeur est revenue sur elle-même ; elle est dure et du volume d'une noisette. Tout est cicatrisé. Le malade paraît guéri.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Suite de la discussion sur le traitement des hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire.

A l'occasion du procès-verbal, M. CHASSAIGNAC prend la parole :

Messieurs, j'avais dit, devant la Société de chirurgie, que, des 47 malades opérés de tumeurs hémorrhoïdales depuis le 1er janvier 1855 jusqu'au 15 janvier 1857, je n'en avais pas perdu un seul.

Je place sous vos yeux, en exemplaires multiples et imprimés, les 47 observations.

Toutes celles qui sont antérieures à 1855 sont rapportées *in extenso* dans mon *Traité de l'écrasement linéaire.*

Des diverses pièces du débat, il n'en est donc pas une seule qui ne soit soumise à un contrôle public.

Ces observations, Messieurs, n'émanent directement de moi qu'en partie. Signées des noms de jeunes internes des hôpitaux aussi recommandables par leur instruction que par leur caractère, elles ont à mes yeux un cachet d'authenticité et de bonne foi qui les met à l'abri du soupçon.

Voici les noms des internes qui ont recueilli les observations dont la réalité a été contestée. Ce sont MM. Parisot, André, Luys, Nélaton (Eugène), Alfred Fournier, Charnal, Garreau, Jaccoud, Heurtaux, Ball, Brongniart, Labbé, Témoin, de Saint-Germain.

Tous ces jeunes gens vous sont connus. Je ne sache, pour ma part, personne qui porte ou qui ait jamais porté le titre d'interne des hôpitaux avec plus d'honneur et d'indépendance.

M. LENOIR fait observer à M. Chassaignac que, bien loin de contester la réalité de ses observations, il les a prises telles qu'elles sont et a cherché à les apprécier ; puis, examinant la statistique de M. Chassaignac, il a été surpris de ne trouver dans son mémoire que 47 opérations au lieu de 57 qui ont été faites. Cette manière de faire la statistique ne lui a pas paru régulière, et c'est sur ce point qu'il aurait désiré des explications.

M. CHASSAIGNAC répond qu'il remet à la Société tous les documents pour la mettre à même de juger. Il dépose sur le bureau toutes les observations d'hémorrhoïdes opérées par lui.

— M. GUERSANT, à propos de l'enfant dont il a parlé dans la dernière séance, présente la pièce anatomique prise sur cet enfant. On y voit une cloison transversale qui sépare le cœcum, très-dilaté, du côlon, qui n'offre guère que la grosseur d'une plume d'oie.

— M. RICHET rappelle qu'en présentant un homme guéri d'une fracture du maxillaire supérieur, il a insisté sur ce que cette fracture était complète et isolée, sans aucune complication. C'est à cause de ces conditions seulement qu'il l'a présentée comme un cas rare et intéressant. Aussi pense-t-il qu'il y a eu malentendu lorsqu'on lui a dit que cette fracture était commune. Ceux qui lui ont fait cette objection voulaient parler, sans doute, des fractures partielles et compliquées, qui, sans être aussi fréquentes qu'on l'a dit, ne sont pourtant pas très-rares. Mais, pour les fractures analogues à celle qu'il a mise sous les

yeux de la Société, M. Richet n'en connaît que trois cas dans la science : M. Malgaigne en connaissait un lorsqu'il a publié son ouvrage; M. Prestat (de Pontoise) en a publié un second; enfin, le troisième appartient à M. Cloquet; celui de M. Richet serait le quatrième.

M. HUGUIER convient que, du moment que M. Richet écarte les fractures compliquées et par armes à feu, il a raison de dire que les fractures complètes et accompagnées d'un grand déplacement, sorte de luxation du maxillaire supérieur, sont très-rares. Le cas de M. Cloquet avait cela de particulier, que le coup avait porté sous le menton et que le maxillaire supérieur avait été fracturé par l'intermédiaire du maxillaire inférieur. Ce mécanisme, du reste, quelque curieux qu'il paraisse, a été observé plusieurs fois, et dimanche dernier M. Huguier en a vu un exemple sur un palefrenier, qui, par suite d'un coup de pied de cheval sous le menton, avait une fracture des deux bords alvéolaires supérieurs.

M. LARREY déclare que, si M. Richet avait bien déterminé les conditions de la fracture qu'il présentait, il aurait mis encore plus de réserve dans ses observations. Ce genre de fracture est, en effet, très-raro, quoique M. Cloquet en ait rapporté plusieurs cas.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. Doin, médecin aide-major de 1re classe au 6e hussards, un mémoire sur une fracture comminutive, par arme à feu, du tiers inférieur de la jambe gauche, avec perte de substance des parties molles et des parties dures consolidée, sans raccourcissement, après cinq mois de traitement.

Commission : MM. Deguise, Huguier, Larrey.

— M. Raimbert adresse le complément de l'observation de prolapsus du rectum opéré par l'écrasement linéaire.

Renvoi à M. Jarjavay.

— M. Gély (de Nantes) adresse une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination comme membre correspondant.

Amputation sous-astragalienne pratiquée en 1852 chez un jeune scrofuleux. — Guérison pendant deux années. — Récidive de l'affection organique dans l'articulation tibio-tarsienne. — Amputation de la jambe dans l'épaisseur du tissu spongieux des os de la jambe, immédiatement au-dessus des malléoles. — Guérison presque complète. — Mort par suite des progrès de l'affection générale à la fin de 1856. — Autopsie du moignon. — Carie des extrémités osseuses.

M. ARISTIDE VERNEUIL lit le travail suivant, et présente une pièce à l'appui.

La question des amputations partielles du pied et des amputations de la jambe étant à l'ordre du jour de nos discussions, je crois utile de publier la suite d'une observation importante, dont le sujet a été, autrefois, présenté devant la Société, et dont, à plusieurs reprises, il a été question dans les recueils périodiques.

Il s'agit d'un jeune homme auquel M. Nélaton pratiqua, au mois de mars 1852, l'amputation sous-astragalienne, pour une nécrose du calcanéum, avec trajets fistuleux multiples dans la région du tarse et du métatarse. Ce malade avait alors seize ans, il était faible et chétif. Tout son corps était couvert de cicatrices, stigmates indélébiles de suppurations scrofuleuses. Depuis son enfance, il avait été sans relâche sous l'influence de cette diathèse. La lésion des os du pied avait, depuis deux mois, fait des progrès si rapides, qu'une opération parut indispensable (1). Les suites en furent très-heureuses, et le vingt-septième jour, la guérison était presque achevée ; elle ne fut néanmoins complète que vers la fin d'août.

Elle ne se démentit point de longtemps. Le 24 novembre 1852, M. Nélaton présenta son jeune homme à la Société de chirurgie. On avait employé un procédé analogue à celui que M. J. Roux (de Toulon) emploie pour l'amputation tibio-tarsienne. Le lambeau plantaire formait un coussinet solide sur lequel le malade pouvait, en marchant, s'appuyer sans crainte ; grâce à un très-faible raccourcissement (2 centimètres), une bottine à talon élevé suffisait pour faire disparaître la claudication (2).

(1) Je renvoie pour plus de détails à la *Gazette des Hôpitaux* du 22 mai 1852.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1852-1853, t. III, p. 247.

Les choses allèrent ainsi pendant deux ans environ, et notre collègue M. Ad. Richard, qui a suivi cet opéré, vous dira qu'il l'a vu marcher, courir sur son moignon sans douleur et sans accidents. Par malheur, la maladie générale n'était pas éteinte, et à une époque que je ne puis préciser exactement, les parties dures furent envahies de nouveau, et à ce point qu'il fallut se décider à une nouvelle mutilation. Notre collègue M. Legouest y assistait, et il nous en a dit quelques mots l'année dernière. La *Gazette des Hôpitaux* renferme, je crois, les détails de cette nouvelle opération, remarquable sous plus d'un rapport. En effet, M. Nélaton jugea à propos de conserver le lambeau plantaire primitif qui était resté tout à fait sain, et il coupa les os de la jambe immédiatement au-dessus des malléoles, c'est-à-dire plus près de la surface articulaire que du lieu d'élection ordinaire de l'amputation sus-malléolaire (trois travers de doigt au-dessus de l'interligne tibio-tarsien).

Je sais que M. A. Richard prépare un travail complet sur l'amputation sous-astragalienne, et que cette observation sera rapportée dans tous ses détails. C'est ce qui vous expliquera pourquoi je m'attache aussi peu à décrire les diverses phases de la maladie.

J'arrive sur-le-champ au dénoûment. Dans les derniers jours du mois de décembre 1856, ayant eu l'occasion de remplacer pendant quelques jours M. Lenoir, je trouvai dans ses salles un pauvre malade presque mourant, qui y était entré depuis près d'un mois. Il succombait à la généralisation scrofuleuse la plus complète qu'on puisse observer. Le cou, les aisselles, les aines, offraient des tumeurs multiples très-volumineuses, remplies de pus ou de matière tuberculeuse à moitié solide. Quelques-unes étaient ouvertes et fistuleuses; les poumons étaient presque détruits par les tubercules, l'abdomen était rempli de masses ganglionnaires tuberculeuses à tous les degrés. La vie s'éteignit quelques jours après. Je n'avais tenté aucun traitement. Les voies digestives ne supportaient plus les médicaments convenables en pareil cas.

J'appris que ce jeune homme avait subi plusieurs années auparavant les deux amputations dont je viens de parler, et il me fut facile de reconnaître son identité avec le malade de M. Nélaton.

Voici dans quel état je trouvai, à l'autopsie, le moignon que je mets sous vos yeux.

La jambe est extrêmement grêle, elle se termine par un renflement hémisphérique régulier, un peu moins volumineux qu'on ne l'observe après l'amputation tibio-tarsienne, et qui rappelle exactement le moignon qui nous a récemment été présenté par notre collègue M. Alp. Guérin, chez un enfant auquel il avait pratiqué l'amputation dans le

tissu spongieux de l'extrémité inférieure des os de la jambe. On reconnaît sans peine le procédé qui a été employé. Une cicatrice circulaire, occupant la demi-circonférence du moignon à trois centimètres de sa erminaison, et les caractères de la peau du lambeau terminal, démontrent que l'amputation a été faite par un procédé à lambeau plantaire latéral interne.

Au niveau du pédicule de ce dernier, le tégument est sain; il n'en est pas de même à la face inférieure du moignon. Trois trajets fistuleux étroits traversent le lambeau de part en part et viennent aboutir à l'extrémité dénudée des os de la jambe. La ligne de réunion du lambeau et des téguments de la jambe est incomplétement réunie. Çà et là la cicatrice est interrompue et laisse passer un stylet qui parvient également jusqu'aux os malades.

La peau est décollée, par un foyer purulent, au niveau de la face postérieure du tendon d'Achille ; de plus, elle est ulcérée et décollée dans les points qui correspondent aux deux malléoles, ou, pour parler plus exactement, aux parties du tibia et du péroné qui surmontaient les apophyses qui n'existent plus. Le tissu osseux n'est pas tout à fait à nu au fond de ces ulcérations, il est recouvert par des bourgeons charnus affaissés et les débris du périoste.

En prenant dans la main l'extrémité de ce moignon, on fait sourdre du pus par tous les orifices que je viens d'indiquer, comme cela arrive pour les articulations affectées de carie.

Les incisions nécessaires sont pratiquées pour constater l'état des parties profondes, sans altérer la pièce. L'aponévrose jambière est épaissie et adhère à la face profonde de la peau, au périoste du tibia, à la cicatrice vers sa partie inférieure, elle est épaissie, infiltrée de produits plastiques et de graisse; les cloisons inter-musculaires qui s'en détachent sont de même. Le tendon d'Achille vient se perdre dans le pédicule du lambeau avec lequel il est confondu très-intimement; quant aux autres muscles, ils sont entièrement graisseux dans leur partie charnue, au moins dans leur moitié inférieure, la seule que j'aie examinée. Leurs tendons viennent adhérer, les uns au périoste des os, les autres à la face profonde du lambeau. La dissection de ces organes est difficile, parce qu'ils sont tous soudés entre eux et aux parties voisines par des productions plastiques fibro-graisseuses, vestiges de l'inflammation chronique dont le moignon est depuis longtemps le siége. Cette particularité existait toujours, à un degré plus ou moins prononcé, dans tous les moignons analogues que j'ai disséqués.

Le nerf tibial antérieur se termine vers la lèvre supérieure de la ci-

catrice antérieure. Il est légèrement renflé et adhère à la peau d'une part, au périoste du tibia de l'autre. Les vaisseaux correspondants sont dans le même cas.

Le nerf tibial postérieur et l'artère correspondante se prolongent dans le lambeau, où il est assez facile de les suivre ; ce qui indique que, conformément au principe de médecine opératoire posé par M. J. Roux, et généralement adopté, ces organes ont été conservés pour assurer la nutrition du lambeau. Le nerf tibial, comme de coutume, est renflé dans une assez grande étendue ; il a conservé sa direction verticale à la jambe, jusqu'au niveau de l'extrémité coupée du tibia ; mais à partir de ce dernier point, il se coude à angle droit et vient se placer horizontalement au-dessous de la surface de section du tibia.

Le périoste qui recouvre les deux os de la jambe est épaissi, surtout à la partie inférieure ; il est, de plus, fort peu adhérent, de façon qu'à l'aide de quelques précautions, on peut le détacher et enlever ces deux os. Cette préparation permet, d'une part, d'examiner à loisir les parties dures ; de l'autre, la loge fibreuse qui les renfermait et le foyer même de l'amputation ; le tout au moyen d'une simple incision longitudinale, pratiquée sur le périoste, et sans sacrifier rien d'important.

Les os sont très-altérés, les cellules osseuses du tissu spongieux, qui ont été ouvertes par la scie, sont largement dilatées ; aucune production plastique ne les a bouchées. Un peu plus haut des végétations, des stalactites irrégulières entourent l'os et semblent confondues avec lui. En résumé, les os paraissent être le siége d'une ostéite condensante interstitielle et végétante, qui représente assez bien ce que Gerdy désignait sous le nom de carie dure. En effet, l'ongle et les instruments ne peuvent que difficilement entamer le tissu osseux, surtout à la partie inférieure. La surface de section du tibia, extrêmement rugueuse, est terminée par une foule d'arètes tranchantes, qui ne sont autres que les cloisons hypertrophiées du tissu spongieux.

Quant au foyer de l'amputation, il est constitué par la face supérieure du lambeau plantaire et par les extrémités osseuses, qui y sont libres dans l'étendue de deux centimètres environ, par suite du décollement périphérique du périoste ; ce dernier venant au niveau de la section se souder à la paroi inférieure formée par le lambeau. Il résulte de cette disposition une cavité ostéo-fibreuse, bien limitée, pleine de pus, et dans laquelle viennent aboutir les divers trajets fistuleux qu'on remarquait au dehors. Les parois de cette cavité sont régulières, tomenteuses du côté du lambeau, fibreuses dans les points qui répondent

au périoste; quelques végétations éparses incrustent ce dernier, et de fins débris osseux sont mélangés au pus.

Je note, en terminant, la particularité suivante. J'ai dit que le nerf tibial postérieur était réfléchi; il occupe la face profonde du lambeau, et par conséquent il fait partie, sans aucun intermédiaire, de la paroi inférieure du foyer purulent; or, par cela même, il est dans toute son étendue en *contact immédiat* avec la section si rugueuse du tibia. Le petit malade n'ayant jamais marché, on ne peut que soupçonner ce que cette disposition a de désavantageux. Mais il est permis de croire qu'en cas de guérison le nerf se serait mal trouvé de cette situation entre un lambeau mince et une surface osseuse peu régulière, si on avait tenté de prendre un point d'appui direct sur l'extrémité terminale du moignon.

En présentant cette pièce, je ne veux faire la critique ni de l'amputation sous-astragalienne ni de l'amputation épiphysaire inférieure des os de la jambe ; ces deux opérations peuvent trouver leur application et donner de bons résultats. Sans doute, dans le cas actuel, elles auraient réussi, si la constitution du malade n'avait pas été aussi mauvaise. Je me demande seulement si on ne s'exposait pas beaucoup à une récidive de la carie en amputant dans le tissu spongieux des os aussi près du siége du mal récidivé. Je pourrais utiliser ce fait pour appuyer l'opinion que je soutenais il y a quelque temps sur les opérations insuffisantes. (*Discussions sur les amputations de la jambe*, séance du 24 septembre 1856.) A la vérité, M. Nélaton avait agi ainsi dans le but très-acceptable d'utiliser le lambeau plantaire de la première opération, mais le résultat empêche de juger encore l'utilité de cette innovation.

J'ai voulu donner un nouvel exemple de ce que deviennent les opérations chez les scrofuleux, surtout quand elles sont pratiquées dans les régions où prédominent les os spongieux. J'ai voulu prouver que la récidive tardive est extrêmement commune après les amputations du pied pour lésions organiques; et je répète ce que j'ai dit bien des fois, c'est-à-dire que pour proclamer la guérison définitive, il ne faut pas seulement constater que le malade a marché pendant quelque temps, mais il est nécessaire d'attendre au moins deux années, quelquefois plus.

M. RICHARD fait observer que ce cas est un des plus favorables à l'amputation sous-astragalienne, puisque l'enfant a pu marcher pendant un an et demi sur son moignon, bien que l'astragale fût malade.

M. VERNEUIL répond que l'observation qu'il vient de communiquer

ne prouve, suivant lui, ni pour, ni contre l'amputation sous-astragalienne ; car, chez les scrofuleux, la marche est possible avec des désordres considérables dans les os des pieds.

M. GUÉRIN pense, comme M. Verneuil, que la pièce qui vient d'être présentée ne prouve rien ni pour, ni contre l'amputation sus-malléolaire. Il n'est pas bien sûr que la dernière opération subie par le malade dont il est question ait été une amputation sus-malléolaire. M. Guérin se demande si l'épiphyse inférieure du tibia n'avait pas été enlevée, en sentant l'extrémité de cet os conformée comme l'extrémité de l'épiphyse, et en voyant que le péroné est plus long que le tibia. Il croit que l'épiphyse a été détruite par la carie, que c'est elle qui a entretenu la fistule, et que c'est d'elle que proviennent quelques portions osseuses que l'on trouve encore à sa place.

M. VERNEUIL n'admet pas qu'on ait pu séparer l'épiphyse, attendu que le malade avait plus de vingt ans à l'époque de l'amputation, et qu'à cet âge la séparation de l'épiphyse est, au moins, très-difficile. Quant à la brièveté du tibia, M. Verneuil a vu des pièces où le tibia, à la suite de carie, était devenu encore plus court que celui qu'il vient de montrer.

M. CLOQUET ne pense pas qu'il y ait eu carie de l'extrémité du tibia. En examinant la pièce, il y trouve des stalactites osseuses, du gonflement du périoste, de l'inflammation de l'os, mais il n'y trouve pas de ramollissement ; ce ne serait donc pas de la carie, mais une nécrose qui ne s'est pas limitée. En effet, de même qu'on voit la gangrène marcher très-lentement, de même on voit la nécrose, chez les sujets dont la vitalité est très-faible, faire des progrès insensibles et ne point être bornée par l'inflammation éliminatrice.

M. LARREY a, dans ce moment, sous les yeux, au Val-de-Grâce, un exemple de nécrose entièrement semblable à celle dont parle M. Cloquet, sur un officier atteint de gangrène sénile de la jambe. Les os nécrosés, laissés à nu par le sphacèle des parties molles, sont parfaitement solides, et n'ont aucune tendance à l'élimination.

M. VERNEUIL reconnaît qu'il a employé à tort le mot de carie, qui doit disparaître de la science ; mais il a eu soin de dire que c'était la carie dure de Gerdy. Quant à l'état des os en question, rien ne prouve qu'ils soient nécrosés ; on voit seulement que leur tissu est raréfié et pénétré de pus.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

RAPPORT

sur deux observations : l'une de kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure, et l'autre, cas de goître opéré avec succès,

Par M. Mayor fils (de Genève).

(Rapport lu par M. Forget à la Société de chirurgie dans la séance du 15 octobre 1856.)

Vous avez confié à une commission, composée de MM. Huguier, Maisonneuve et moi, l'examen de deux observations de M. Mayor fils (de Genève), dont l'une a trait à une tumeur de la moitié gauche de l'os maxillaire inférieur; l'autre, à un goître opéré par excision combinée avec la ligature : c'est de ces deux observations que j'ai aujourd'hui à vous rendre compte.

Kyste multiloculaire de l'os maxillaire inférieur. — Un homme âgé de quarante-deux ans se fit arracher, en 1838, deux dents molaires inférieures du côté gauche; l'une d'elles s'étant cassée dans l'opération, ses racines restèrent dans l'alvéole. Neuf ans plus tard, en août 1847, une petite grosseur se développa, au niveau de l'alvéole de la dent cassée; elle s'accompagna de douleurs très-vives : à plusieurs reprises, le gonflement étant devenu considérable, on y pratiqua des incisions, suivies d'un écoulement de sang très-abondant, sans qu'il en soit résulté aucun soulagement pour le malade, ni aucune diminution de la tumeur, qui fit, au contraire, de rapides progrès.

Le sieur Gardien (c'est le nom du patient) consulta alors MM. Mayor père et fils : son état, dit l'observation, était pitoyable; les douleurs incessantes, qui s'irradiaient dans le cou et derrière la tête, privaient le malade de tout sommeil; il éprouvait un bruit continuel et insupportable dans les oreilles.

Le développement de la tumeur, aux dépens des tables interne et externe de l'os maxillaire, était considérable aussi bien du côté de la bouche qu'extérieurement. La langue, refoulée sur l'isthme du gosier, la compression exercée par la tumeur au voisinage du larynx, s'opposaient à la mastication, qui n'était plus possible, et donnaient lieu à des accès de suffocation. L'ingestion de quelques aliments liquides était le seul mode d'alimentation praticable, aussi le malade avait-il beaucoup maigri. L'exploration de la surface de la tumeur produisit sous le doigt la sensation particulière de la crépitation que Dupuytren, le premier,

donna comme caractéristique du kyste osseux ; quant aux tissus voisins de la maladie, qui paraît tout à fait localisée dans l'épaisseur de l'os, ils sont dans un état parfait d'intégrité ; il n'existe aucun engorgement ganglionnaire circonvoisin, ni aucune ulcération sur la tumeur ou dans son voisinage.

En présence de l'historique qui précède et des caractères actuels de la maladie soumise à leur examen, MM. Mayor ne se prononcèrent pas d'une manière absolue sur le diagnostic de la lésion à laquelle ils avaient affaire.

« Sans les douleurs incessantes qu'accusait le malade, nous n'au-
» rions eu, disaient-ils, aucun doute sur la nature du mal ; ces douleurs
» ayant existé presque dès l'origine devaient nous faire craindre que
» la maladie ne fût plus grave dans son essence que ne le sont d'ordi-
» naire les kystes des os. »

Cette remarque des auteurs est d'accord avec ce qu'enseigne l'observation de faits identiques.

En effet, les recherches auxquelles je me suis livré sur un grand nombre de pièces d'anatomie pathologique provenant de résections et amputations de la mâchoire inférieure, m'ont appris, d'accord avec les données de l'observation clinique, que les produits enkystés dans l'os maxillaire déterminent généralement peu de douleur ; tandis que le cancer, qui s'attaque au tissu osseux lui-même, s'accompagne d'une douleur presque incessante et d'une extrême acuité dès le début de la maladie.

Le siége qu'affecte celle-ci à son origine rend raison de cette différence symptomatique dans l'un et l'autre cas. Ainsi, tandis que le cancer semble prendre naissance dans le canal dentaire lui-même, les tumeurs enkystées se placent à leur début en dehors de ce conduit, qui ne subit un changement de forme et de situation qu'à une époque déjà avancée de leur évolution, et lorsque le corps de l'os a acquis un développement périphérique considérable.

Il résulte de là que, dans les premières phases de la maladie, le nerf maxillaire est protégé par sa position et est mis ainsi à l'abri de toute atteinte de nature à exalter la sensibilité.

Si donc, au point de vue de la douleur, considérée comme élément de diagnostic, la tumeur dont était atteint le malade de M. Mayor semblait se rattacher à un ordre de produits morbides de nature maligne, il faut reconnaître que d'autres symptômes, tels que l'existence de la crépitation à la surface de la tumeur et l'absence de tout engorgement ganglionnaire, étaient de nature à l'en écarter.

Ainsi l'ont compris sans doute nos deux confrères de Genève, qui, en présence d'ailleurs du danger imminent résultant de la compression du larynx, se décidèrent à tenter l'opération, quoiqu'ils ne fussent pas parfaitement éclairés sur la nature de la maladie.

Cette opération consista à désarticuler la moitié gauche de la mâchoire inférieure : elle fut faite dans le courant de septembre 1848, et fut suivie d'un plein succès. A la fin de février 1849, le malade retournait guéri dans son pays.

Au résultat immédiat de l'opération, M. Mayor a ajouté des renseignements qui constatent que les suites ultérieures de celle-ci ne laissèrent rien à désirer.

En 1852, quatre ans après l'opération, la solidité de la guérison était confirmée.

Anatomie pathologique. Kyste multiloculaire. — Or ce résultat n'a rien qui puisse surprendre quand on considère la pièce anatomique que M. Mayor vous a adressée et la description qu'il en donne. Celle-ci nous apprend, en effet, qu'il s'agissait d'un de ces kystes multiloculaires dont j'ai donné une description très-détaillée dans un travail que j'ai publié en 1842 (thèse inaugurale), kyste offrant une série de loges nombreuses, tapissées par une membrane ayant toute l'apparence, dit l'auteur, de la muqueuse du sinus maxillaire, et remplies d'un liquide filant, visqueux, jaune-rougeâtre. Ces loges, rapprochées l'une de l'autre et éloignées par des parois ostéo-fibreuses, constituaient presque entièrement la tumeur.

Voici la seconde observation; l'ablation de la tumeur a été pratiquée par M. Mayor fils.

Goître développé aux dépens de la moitié droite de la glande thyroïde. Ablation. — Ce goître existe sur une jeune fille âgée de dix-neuf ans.

Depuis l'âge de huit ans, le mal n'a pas cessé de croître, malgré tous les traitements mis en usage. Honteuse de sa difformité, la malade désire vivement en être débarrassée, et c'est sur ses instances réitérées que M. Mayor se décide à l'opérer.

Au moment de l'opération, la tumeur, de forme globuleuse, occupe la partie droite du cou; elle a le volume d'une tête d'enfant nouveau-né; elle pend sur la poitrine; sa base apparente s'étend de la région sous-maxillaire à la clavicule; en explorant cette base avec les doigts, on reconnaît que le pédicule réel est assez étroit, et est formé par l'isthme de la glande thyroïde. Des veines volumineuses se dessinent à

la surface de la tumeur, et l'on sent sur divers points des battements d'assez grosses artères. La peau qui la recouvre est souple, détachée, mobile, et présente des éraillures semblables à celles de la peau du ventre d'une femme enceinte. Ce goître, qui n'offre aucune trace de fluctuation, qui n'est le siége d'aucune douleur, est très-incommode par son poids; il a fait prendre à la tête une position inclinée sur la poitrine. La voix est voilée, et depuis que l'on a cessé tout traitement la tumeur a fait de notables progrès.

La première question qui se présente à la pensée du chirurgien en présence d'une semblable tumeur, et que l'auteur de l'observation n'a sans doute pas omis de se poser à lui-même, est relative à l'opportunité de l'opération. La gravité de celle-ci, ses difficultés d'exécution, les dangers multiples qu'elle fait courir au patient, et ses conséquences, que les observations inscrites dans les annales de l'art nous présentent comme ayant été si souvent funestes, sont autant de raisons de se conduire avec la plus grande prudence et de ne se déterminer à agir activement que dans le cas où la maladie, par le trouble fonctionnel qu'elle détermine, expose à un danger tout autant redoutable que peuvent l'être les chances de l'opération elle-même.

Or, dans le cas dont nous nous occupons, telle n'était pas, il faut bien le reconnaître, la situation de la malade, puisque, sauf l'incommodité causée par la tumeur et l'inclinaison de la tête, entraînée par son poids, attitude vicieuse à laquelle il devait être facile de remédier, nous ne trouvons d'autre lésion fonctionnelle qu'une légère altération du timbre de la voix.

Mais si la grave opération dont nous aurons bientôt à vous rendre compte n'était pas impérieusement prescrite par la nature des accidents que la maladie déterminait actuellement; d'autre part, l'expectation, en présence de l'accroissement incessant et rapide de la tumeur, avait bien aussi ses inconvénients; par elle, on s'exposait presque à coup sûr à voir grandir les difficultés de l'acte chirurgical et se multiplier pour la malade les chances probables d'insuccès, en supposant toutefois que celui-ci ne fût pas devenu impratiquable.

C'est sans doute cette considération, déduite de l'accroissement de la tumeur en rapport avec l'âge de la malade, avec la rareté du flux menstruel, et aussi avec la vascularité très-abondante et très-appréciable de la production pathologique elle-même, qui décida M. Mayor à en pratiquer l'ablation.

Assisté de son père, M. Mayor, et de plusieurs autres de ses confrè-

res, il pratiqua, le 17 juillet, cette opération, dont nous le laisserons lui-même donner ici la description :

« Soulevant la peau comme pour une opération de hernie, je circonscrivis au moyen de deux incisions un lambeau en forme d'ellipse étendu de dessous la mâchoire à la tête de la clavicule. L'aponévrose cervicale superficielle et les muscles sterno-thyroïdiens et hyoïdiens furent ensuite incisés sur la sonde cannelée.

» Grâce à cette précaution, qui avait pour but de ne blesser dans la première incision aucun des vaisseaux rampants à la surface de la tumeur, la dissection des faces antérieure et latérale de celle-ci se fit aisément avec les doigts seulement.

» J'isolai ensuite successivement les artères et les veines thyroïdiennes supérieures et inférieures du côté droit, près de leur entrée dans la glande hypertrophiée ; je liai chacun de ces vaisseaux séparément en deux points pour opérer leur section entre deux ligatures : les artères thyroïdiennes avaient acquis le volume d'une petite plume d'oie et les veines avaient celui du petit doigt environ.

» La dissection fut ensuite continuée en arrière pour arriver sur le pédicule avec beaucoup de précaution, et en ayant soin de lier chacun des vaisseaux secondaires, dont une douzaine furent liés successivement. »

On peut voir, par la description qui précède, que M. Mayor, dans cette première partie de l'opération, suivit le procédé simple de l'extirpation, celui préconisé par M. Hédénus, qui, en 1822, dit M. Velpeau, avait par devers lui six exemples de réussite.

Arrivé sur le pédicule de la tumeur, qui ne paraissait plus tenir que par l'isthme de la glande, M. Mayor modifia le procédé en le combinant avec celui de son honorable homonyme, Mayor (de Lausanne) ; il traversa le pédicule avec une aiguille armée de deux fils doubles, se proposant de le séparer en deux pédicules secondaires ; mais une hémorrhagie assez abondante, qui se produisit par la voie ouverte par l'aiguille, le força de renoncer à ce projet, et d'étreindre le pédicule tout entier par une forte ligature placée plus en arrière à ras de la trachée-artère. Cette ligature fut serrée au moyen du chapelet de Mayor (de Lausanne). La tumeur fut recouverte de linge mouillé, et soutenue par une serviette, dont les extrémités furent fixées sur le sommet de la tête, son poids par suite de son dégagement étant devenu très-incommode pendant les mouvements de déglutition.

Cette gêne de la déglutition fut très-prononcée pendant les deux premiers jours qui suivirent l'opération.

Deux fois ayant voulu s'asseoir, la malade fut prise de lipothymie ; un suintement sanguin très-abondant et continu se fit à la surface de la tumeur, et ne cessa que lorsque la ligature, graduellement serrée, eut interrompu complétement le cours du sang par l'isthme de la thyroïde.

Pendant quarante-huit heures, la tumeur resta tendue, turgescente, quoique froide et bleuâtre. Déjà elle commençait à se flétrir, et vingt-quatre heures plus tard, c'est-à-dire à la fin du troisième jour après l'opération, M. Mayor put en opérer avec sécurité la section un peu au-devant de la ligature.

A partir du moment où la tumeur fut enlevée, la malade éprouva un grand soulagement : la détersion de la plaie et sa cicatrisation, nonobstant la formation de deux petits abcès sur ses bords, marchèrent avec rapidité.

Le 28 août, cinq semaines environ après l'opération, la jeune fille retourna chez elle, n'ayant plus au cou qu'une petite plaie de quelques lignes de longueur, dont la guérison ne tarda pas à s'effectuer.

En soumettant à la Société de chirurgie cette intéressante observation, qui viendra heureusement s'ajouter au nombre fort restreint de faits analogues qui ont été suivis de guérison, M. Mayor a prouvé qu'il pouvait s'attaquer avec succès aux cas les plus ardus et les plus périlleux de la chirurgie, et en vous faisant assister aux divers temps de l'opération elle-même, il a justifié, à notre avis, la hardiesse de son entreprise, par l'habileté avec laquelle il l'a conduite jusque dans ses moindres détails.

Comme complément à l'observation, je dois ajouter quelques notions relatives à l'anatomie pathologique de la tumeur, et aux suites médiates de l'opération.

Anatomie pathologique. — Bien que flétrie et ayant perdu de son poids primitif, la tumeur enlevée pesait 832 grammes ; elle avait 38 centimètres de circonférence. L'état de putréfaction dans lequel elle était ne permit pas à M. Mayor d'en faire l'examen microscopique. Mais on pouvait voir à l'œil nu qu'elle ne renfermait aucun tissu pathologique, et qu'elle n'était qu'un développement vasculaire de la glande; il n'y avait à son intérieur aucune apparence de kystes ou de cellules. C'était un tissu comparable et analogue d'aspect à celui d'un poumon hépatisé qui ne serait pas friable.

Quant aux suites éloignées de l'opération, l'examen de la jeune malade, renouvelé de temps en temps, a démontré que le *nisus formativus* sous l'influence duquel avait eu lieu le développement anormal de la

moitié droite du corps thyroïde continuait à s'exercer sur la portion restante, c'est-à-dire sur la moitié gauche de cette glande, qui a déjà atteint le volume d'un œuf de poule. Circonstance digne de remarque par l'enseignement qu'elle renferme, que d'ailleurs nous retrouvons dans l'étude de beaucoup d'autres produits anormaux, et qui prouve que derrière ou au delà de la manifestation matérielle et accessible d'un fait morbide se cache la puissance pathogénique, c'est-à-dire la raison d'être de ce fait, raison essentiellement vitale qu'on aurait tort de méconnaître par cela seul qu'elle demeure insaisissable à nos moyens d'investigation, que la thérapeutique médicale a mission de neutraliser lorsque l'œuvre du chirurgien est accomplie.

Permettez-moi maintenant de vous rappeler, Messieurs, en terminant, que les deux observations dont je vous ai entretenus ont été lues à cette tribune par notre très-regrettable collègue M. Mayor père, dont vous avez eu peu de temps après à déplorer la perte inattendue.

Membre correspondant étranger de la Société de chirurgie, il avait eu a cœur de poser lui-même devant vous la candidature de son fils, que de son vivant il avait espéré voir associé à vos travaux ; cette satisfaction lui a été refusée.

Aujourd'hui, Messieurs, votre commission vous propose d'accueillir favorablement cette candidature : M. Mayor fils porte un nom qui oblige ; il l'a compris depuis longtemps ; ses premiers pas dans le domaine de la science ont été marqués par d'utiles et intéressants travaux d'anatomie pathologique, et notamment par un mémoire remarquable sur les tumeurs épidermiques.

Depuis, il n'a pas cessé de se livrer avec distinction à la chirurgie, et les faits qui précèdent vous ont, en outre, permis d'apprécier son habileté opératoire.

Aussi votre commission a pensé qu'en vous associant M. Mayor fils à titre de correspondant étranger, vous augmenteriez le nombre des membres qui enrichissent vos comptes rendus d'utiles et intéressantes communications; en même temps que vous feriez revivre parmi vous un nom qui a laissé dans la science de vives sympathies et d'honorables souvenirs.

Séance du 4 mars 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

Amputation sous-astragalienne.

M. LARREY. La pièce anatomique d'une amputation sous-astragalienne, montrée par M. Verneuil dans la dernière séance, m'engage à présenter aujourd'hui un militaire qui a subi cette amputation en Crimée. J'en résumerai l'observation, qui a été recueillie plus longuement par M. Lhonneux, aide de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce.

Le nommé D..., caporal au 3e régiment du génie, blessé devant Sébastopol le 28 juillet 1855 par un éclat de grenade qui lui a traversé le pied droit de part en part, est transporté immédiatement à l'ambulance de tranchée. On constate une fracture multiple et comminutive des os du métatarse, avec double plaie, hémorrhagie de l'artère pédieuse, et lésion des tendons extenseurs de la jambe. Le cas d'amputation est évident. Le chef de l'ambulance, M. Leroy, jeune chirurgien habile, choisissant l'amputation sous-astragalienne, la pratique, quelques heures après la blessure, selon, à peu près, le procédé à lambeau interne, réuni par des points de suture.

Des accidents d'inflammation vive, puis de suppuration diffuse se déclarent; le pus envahit les gaînes tendineuses, des abcès multiples se forment le long de la jambe, le périoste du tibia se détache dans un point, et une nécrose partielle entraînant l'élimination d'un séquestre provoque la formation de nouveaux abcès. La suppuration se prolonge ainsi pendant plusieurs mois, et vers le sixième enfin la cicatrisation est définitive.

Ces accidents si graves ne se compliquent pas néanmoins de la pourriture d'hôpital, sévissant alors aux ambulances; et, chose notable, une seconde plaie assez profonde de l'aisselle est parvenue en peu de jours à une prompte guérison.

Le blessé avait été évacué le 17 novembre sur Constantinople, et le 4 décembre sur Montpellier. C'est alors que son état s'améliore, et que les foyers purulents se tarissent; mais un eczéma très-aigu survient à la jambe et l'envahit dans sa plus grande étendue. Les eaux d'Amélie lès-Bains, employées au mois de mai 1856, diminuent, sans la faire disparaître, cette affection secondaire, qui persiste pendant la durée d'un congé de convalescence, et oblige enfin le malade à entrer

au Val-de-Grâce le 3 décembre, en même temps qu'il vient réclamer une jambe artificielle.

Voici dans quel état se présente le membre à notre observation : L'eczéma, devenu chronique, occupe toute la région antérieure de la jambe; la peau, d'un rouge assez intense, est adhérente au tibia sur les cicatrices des abcès, les muscles sont atrophiés, le tendon d'Achille se rétracte de plus en plus, et un raccourcissement total d'un centimètre existe, d'après une mensuration exacte.

Quant au moignon, représentant l'amputation sous-astragalienne à lambeau interne et un peu antérieur, il offre une cicatrice assez régulière, une mobilité marquée, et une sorte de dépression due au tassement du pannicule graisseux qui double la peau du lambeau. Celui-ci est épais, assez étendu ; mais par l'effort de la marche, ou même à la moindre pression sur le sol, ce lambeau, d'ailleurs mobile, est refoulé en arrière et entraîné en haut par l'action musculaire. Il en résulte une tension de la peau en avant et une saillie de l'extrémité de l'astragale tellement prononcée, que la pression soutenue provoquerait une excoriation des téguments (comme cela est du reste survenu déjà chez cet amputé), et plus tard peut-être une dénudation de l'os, une nécrose et toutes ses conséquences. L'astragale est immobile et paraît soudée à la face inférieure du tibia par une ankylose complète.

Reste à savoir si le contact d'une bottine et la station prolongée ou la marche sans béquilles permettront à ce moignon de supporter le poids du corps sans accidents ultérieurs. C'est ce que l'on doit craindre et ce que nous pourrons apprécier plus tard seulement, lorsque l'amputé aura fait usage de la jambe artificielle commandée pour lui.

M. Larrey présente en même temps à la Société le moule fort bien fait du moignon.

M. **VERNEUIL** rappelle que dans la dernière séauce il avait présenté un cas d'amputation du pied pratiquée pour une affection organique et suivie d'un résultat fâcheux. Dans la prochaine séance, il en présentera un autre également à la suite d'affection organique et suivi d'un résultat malheureux; d'un autre côté, une amputation pratiquée par M. Roux (de Marseille) pour une lésion traumatique et le fait que vient de présenter M. Larrey ont été suivis de succès. Ces résultats confirment le principe posé par M. Verneuil, que l'amputation du pied, excellente quand il s'agit d'une lésion traumatique, doit être rejetée dans les affections organiques.

M. Verneuil montre ensuite que le procédé qui a été employé sur le blessé que présente M. Larrey n'est ni le procédé de M. Jules Roux,

ni celui qu'on emploie d'habitude pour l'amputation sous-astragalienne; au lieu du lambeau postéro-interne, on a taillé un lambeau antéro-interne. Il en résulte que la pression du sol, se faisant sur les téguments du dos du pied, au lieu de se faire sur les téguments du talon, cause une douleur assez forte. En outre, le lambeau est déjà entraîné en haut, et il est limité par une rainure produite par le tendon d'Achille adhérent à la cicatrice; il sera donc de plus en plus entraîné en haut par le gastro-cnémien, et le malade finira par reposer exclusivement sur la peau de la face dorsale du pied. Il est donc douteux que cet homme puisse jamais bien marcher sur son moignon, qui est déjà douloureux dans la marche. En résumé, ce fait est intéressant en ce qu'il prouve l'utilité de l'amputation sous-astragalienne, et l'importance du choix à faire de la méthode qu'on doit employer.

M. LARREY. Je ferai remarquer à M. Verneuil que l'on ne peut admettre comme absolument bon un résultat obtenu au prix des accidents primitifs les plus graves et les plus prolongés. L'amputé avait été cependant l'objet des soins les plus assidus (de la part de M. Lasnier particulièrement), et il n'est pas encore à l'abri d'accidents secondaires, malgré le résultat reconnu satisfaisant aujourd'hui.

Tumeur de l'aisselle. — M. MICHON, absent, fait présenter en son nom une femme atteinte d'une tumeur encéphaloïde considérable soulevant le bord antérieur de l'aisselle.

M. GOSSELIN pense que cette tumeur doit être enlevée. Il a opéré la veille de Noël une tumeur également encéphaloïde et semblable à celle-ci. Pour arriver plus sûrement à la disséquer, en respectant les nerfs et les vaisseaux, il prit le parti de la morceler. Pour cela, après l'incision de la peau, il commença par fendre la tumeur et enlever ses parties antérieure et postérieure; il n'en restait ainsi, sur les vaisseaux, qu'une portion peu considérable, bien dégagée et par cela même facile à disséquer. La guérison eut lieu promptement, mais il y a déjà récidive.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Jules Roux adresse une observation d'amputation tibio-tarsienne pratiquée par M. Pichaud, chirurgien de 1re classe de la marine à Toulon. (Rapporteur, M. Verneuil.)

— M. le docteur Perret, ancien interne des hôpitaux, adresse pour obtenir le titre de membre correspondant les observations suivantes :

Hydrocéphalie chez un fœtus à terme, ponction des deux tumeurs, application du forceps;

Kyste de l'ovaire traité avec succès par la canule à demeure et l'injection iodée.

Commission : MM. Cullerier, Huguier, Cazeaux.

— M. Bouvier prie la Société, au nom de M. Gilbert d'Hercourt, de nommer une commission pour suivre l'effet du traitement d'une petite fille affectée de luxation congénitale des fémurs.

Commission : MM. Bouvier, Lenoir, Broca.

— M. le docteur Denucé, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Bordeaux, adresse les ouvrages suivants :

Mémoire sur les corps étrangers introduits dans la vessie;

Observation d'anévrysme inguinal traité par la ligature de l'artère iliaque externe;

Considérations sur l'autoplastie et sur les méthodes et les procédés opératoires qui la constituent.

— La Société reçoit en outre :

Le compte rendu des principaux faits observés à la clinique d'accouchements pendant les années 1852-1855 à Montpellier, par M. Dunal;

Le compte rendu de l'Association des médecins du département de la Seine pour l'année 1856, par le docteur Cabanellas.

De l'action anesthésique de l'amylène. — M. GIRALDÈS lit le mémoire suivant :

Lors de la discussion sur les accidents produits par le chloroforme, il a été plusieurs fois question dans cette enceinte des recherches d'un médecin anglais, M. John Snow, dont les travaux sur l'anesthésie méritaient une mention spéciale.

Depuis cette époque, l'habile expérimentateur ne cessa un instant de s'occuper de ce sujet, dans le but surtout de connaître soit la cause des accidents, les moyens de les prévenir, ou bien de trouver un produit nouveau ayant les propriétés anesthésiques du chloroforme sans avoir aucun des inconvénients qui lui sont attribués.

En continuant ses recherches de prédilection, M. Snow trouva dans la classe des hydro-carbonés un liquide, l'amylène, jouissant de propriétés anesthésiques assez marquées, et qui laissaient espérer qu'on pourrait le substituer avec avantage au chloroforme.

Après avoir soumis des animaux aux inhalations des vapeurs d'amylène, après l'avoir essayé sur lui-même, M. Snow se trouva amplement autorisé à en faire l'application à l'homme, dans le but d'obtenir

l'anesthésie. Ses premiers essais ont été commencés vers la fin de l'année ; l'expérience répondant complétement à son attente, il en continua l'application ; aussi, vers la fin de janvier de cette année, on comptait déjà soixante-neuf observations d'anesthésie amylénique dans des opérations de toute nature : amputations, taille, ablation de tumeurs, et même des accouchements.

En présence d'expériences satisfaisantes, tentées sous le contrôle de chirurgiens recommandables, je me suis trouvé suffisamment autorisé à en faire l'essai. Je viens donc vous rendre compte, un compte succinct, des vingt-cinq observations d'anesthésie amylénique recueillies dans mon service ; j'ai pensé que la Société accueillerait avec faveur cette communication, faite dans le but de provoquer de la part de nos collègues des essais analogues, afin de juger complétement cette nouvelle et importante question.

Il n'entre pas dans mes intentions de parler de l'histoire chimique de l'amylène ; je n'ai pas autorité pour traiter ces matières, mais je crois pouvoir dire quelques mots touchant son mode d'administration.

L'amylène, on le sait, est un produit découvert en 1844 par M. Balard ; c'est un liquide transparent, très-léger, très-volatil, bouillant à 35° et 39°, d'une odeur alliacée quelquefois assez prononcée. La volatilité de ce corps est si grande, que souvent pendant qu'on l'administre il se forme des cristaux de glace sur les parois du vase où il est contenu ; de là la nécessité d'appareils appropriés pour le donner avec avantage.

Si on donne l'amylène dans une compresse pliée en cornet, comme on le fait pour le chloroforme, on dépense inutilement une grande quantité du produit, et on charge l'atmosphère ambiante de vapeurs qui peuvent quelquefois incommoder les assistants. C'est pour s'être servi d'un procédé à peu près analogue que le professeur Rigaud, de Strasbourg, a employé 100 grammes d'amylène avant de déterminer l'anesthésie chez son malade.

L'amylène dont je me suis servi pour mes premiers essais avait une odeur alliacée prononcée, ce qui a fait dire que le liquide qui m'avait été fourni n'était ni le produit découvert par M. Balard ni celui dont s'est servi M. Snow. Mais comme l'amylène incriminé avait été préalablement examiné par M. Cloëz, répétiteur de chimie à l'Ecole polytechnique, qui s'est assuré de sa pureté et qui a constaté qu'il bouillait à 39°, je suis autorisé à dire que de telles allégations n'avaient rien de fondé. D'ailleurs, en comparant l'amylène anglais préparé par M. Bul-

loch pour M. Snow avec l'amylène préparé pour moi par MM. Rousseau frères, on n'y trouve pas une différence qui permette une pareille allégation.

Les malades chez lesquels j'ai employé l'amylène en place du chloroforme sont au nombre de vingt-cinq. Ce sont tous des enfants de l'âge de trois mois à dix ans, qu'il fallait soumettre à des explorations douloureuses, ou chez lesquels il fallait pratiquer quelque opération. Chez tous ces enfants j'ai fait usage de l'amylène préparé par M. Rousseau ; chez tous, l'anesthésie a été obtenue rapidement, dans un espace de temps dont le minimum est d'une minute, et le maximum de trois minutes. Tous ces enfants ont respiré l'agent anesthésique sans effort, sans résistance ; chez tous, la respiration était calme, comme normale ; chez tous aussi, l'anesthésie a été obtenue sans convulsions, sans nausées ou vomissements, quoique l'amylène eût été donné peu de temps après qu'ils avaient mangé. Chez eux le réveil a été rapide, complet, et les enfants ont conservé leur gaieté ; ils n'ont pas été incommodés, irrités, maussades pendant le reste de la journée.

Aussitôt l'anesthésie obtenue, je suspendais les inhalations, les explorations et les opérations que je devais faire exigeant très-peu de temps, je n'ai donc pas jugé opportun de prolonger longtemps les inhalations amyléniques. Ainsi je m'abstiens de me prononcer sur la durée de l'anesthésie ; si j'en juge néanmoins par quelques expériences sur des animaux, et par la pratique des chirurgiens anglais, je crois pouvoir dire que l'anesthésie amylénique est assez longue pour permettre de pratiquer les grandes opérations de la chirurgie. J'ajouterai, comme complément, que les vapeurs d'amylène, alors même que ce produit a une odeur prononcée, ne déterminent pas des accès de toux, des mouvements convulsifs du larynx, des contractions des mâchoires, des efforts et des congestions, etc., etc., qu'on observe dans bien des cas à la suite des inhalations du chloroforme.

D'après ce qu'il m'a été donné d'observer, je conclus, jusqu'à plus ample informé, que l'amylène pourra être employé avec avantage dans tous les cas où il est nécessaire d'obtenir l'anesthésie. Reste maintenant à déterminer si la durée de cette anesthésie est aussi longue que celle du chloroforme ; si la résolution musculaire est aussi complète ; si enfin elle est toujours obtenue sans roideur, sans contractions convulsives des muscles, sans donner lieu à des vomissements, des nausées, des congestions céphaliques : c'est ce que l'expérience seule pourra démontrer.

M. GOSSELIN demande que la Société nomme une commission chargée d'expérimenter l'action de l'amylène sur les animaux.

M. FORGET annonce que M. Debout a fait avec lui et M. Duroy des expériences sur de l'amylène dont une partie était envoyée par M. Snow, et l'autre préparée par M. Rousseau. Il se propose d'en rendre compte à la Société dans une prochaine séance.

M. GIRALDÈS répond à la demande de M. Gosselin que, depuis le mois de janvier, des expérience sont été faites par lui et par d'autres ; puis il entre dans quelques détails sur l'amylène, dont l'odeur désagréable est nulle quand il est en repos, mais se développe par la chaleur; il rappelle que M. Tourdes (de Strasbourg) attribue à la préparation au moyen de l'acide sulfurique l'odeur fétide de certains amylènes. Du reste, malgré son odeur, l'amylène ne provoque pas de toux, et se respire facilement. En terminant, M. Giraldès dit qu'il ne peut encore livrer les résultats de ses expériences, mais il croit néanmoins pouvoir affirmer que le chloroforme cause la mort des animaux plus vite que l'amylène. Du reste, le seul but de la communication de M. Giraldès était d'engager les chirurgiens à faire sur le vivant l'essai du nouvel anesthésique.

M. GOSSELIN retire sa proposition du moment que l'on a déjà fait les expériences qu'il demandait.

— **M. BROCA** lit un rapport sur une observation de *varice anévrismale*, communiquée à la Société par M. Charnal.

M. GIRALDÈS propose l'insertion du rapport de M. Broca dans les mémoires de la Société, en s'appuyant sur ce que l'observation de M. Charnal est le complément d'une observation de M. Follin, qui se trouve déjà dans les mémoires.

La Société, sur la proposition du rapporteur, décide qu'une lettre de remerciments sera adressée à M. Charnal. Elle vote, en outre, l'insertion du rapport dans ses mémoires.

— **M. DESORMEAUX** lit le rapport suivant :

Rapport sur les travaux de M. Bertherand.

Il y a deux ans environ, M. le docteur Bertherand vous adressait une observation de ligature de l'artère carotide primitive, suivie, à différentes époques, d'autres travaux imprimés ou manuscrits. Chargé de vous faire un rapport sur ces différents travaux, des circonstances indépendantes de ma volonté m'ont empêché jusqu'ici de le faire ; j'espère

que vous voudrez bien excuser ce retard, et m'aider à le réparer auprès de M. Bertherand.

Vous vous rappelez sans doute un militaire qui vous fut présenté par notre collègue M. Larrey, de la part de M. Bertherand. Frappé d'une balle qui pénétra au-dessous de l'œil et sortit entre l'oreille et l'apophyse mastoïde, cet homme fut pris au bout de quelques heures d'une hémorrhagie qui le mit dans le plus grand danger. De toutes les artères qui avaient pu se trouver sur le trajet de la balle, il était impossible de savoir laquelle était blessée, il était plus impossible encore d'aller la chercher pour la lier. M. Bertherand prit donc aussitôt le parti de porter la ligature sur la carotide primitive. Après quelques accidents, la guérison eut lieu, et, au bout de deux mois, le blessé ne conservait que de la dureté de l'ouïe et un peu de faiblesse de la voix et de dysphagie, lorsqu'à la suite de deux attaques successives de choléra, il devint presque entièrement aphone. C'est dans cet état que le malade est venu devant vous.

Quelle était, dans cette aphonie, la part de l'opération? quelle était celle du choléra? A l'époque où se termine l'observation, il n'y avait aucune amélioration sous ce rapport. On devait cependant espérer que le malade reviendrait à l'état où il était avant le choléra; car l'aphonie cholérique se dissipe toujours, et il nous a assuré qu'en effet sa voix commençait à revenir; mais il est à craindre qu'elle reste toujours faible, d'après ce qui a été observé dans des cas analogues.

Après avoir rapporté ce fait, M. Bertherand cherche quelle peut être la cause de cette altération de la voix. Il rejette d'abord l'idée que le nerf pneumo-gastrique ait été compris dans la ligature. Le soin qu'il a mis à dénuder l'artère et à l'examiner après l'avoir amenée au dehors de la plaie ne permet pas de l'admettre, non plus que la ligature du nerf récurrent, trop éloigné de l'artère, du côté gauche surtout, pour être saisi avec elle.

Peut-on donc expliquer l'aphonie par la lésion de quelques filets nerveux moins importants? M. Bertherand se demande s'il aurait lésé les ramuscules du plexus cervical et du grand hypoglosse unis pour animer les muscles sus-hyoïdiens, les anastomoses décrites par M. Huguier entre le nerf récurrent et le nerf laryngé supérieur, ou bien enfin les filets que le grand sympathique envoie autour de la carotide. Il discute ces questions comme vous les avez discutées, et, comme vous, les laisse sans une solution que l'état de la science ne permet pas de donner aujourd'hui.

A l'époque où M. Bertherand pratiqua cette opération, c'était la

troisième ligature de la carotide pratiquée dans les ambulances d'Afrique, toutes trois avec succès. Ce résultat, comme il le fait remarquer, ajouté à ceux qui étaient déjà connus, est bien propre à donner confiance dans cette ressource extrême toutes les fois qu'elle est indiquée.

Je ne m'étendrai pas davantage sur cette observation, qui a déjà été pour vous le sujet d'une discussion complète, et dont vous avez publié, dans vos *Bulletins* (*tome* v, *page* 204), l'extrait fort étendu qu'en avait donné M. Larrey.

Plus tard, M. Bertherand vous a adressé nne autre observation également intéressante, surtout parce qu'elle a pour sujet une lésion dont il n'existait pas encore d'exemple; car, après avoir fait de nombreuses recherches à ce sujet, nous devons dire avec l'auteur qu'elle n'est encore décrite nulle part.

Un infirmier militaire marchant dans l'obscurité tomba d'une hauteur de 4 mètres environ, et arriva dans une situation verticale sur le sol, qu'il toucha surtout du pied droit, du moins est-ce ce pied qui a présenté une lésion grave à la suite de l'accident. Il subit un traitement assez long, et finit par guérir avec une déformation du pied et une claudication marquée.

M. Bertherand, qui ne vit le malade que deux ans environ après l'accident, constata l'état suivant : le pied paraît fléchi fortement sur la jambe, surtout par son bord interne, ce qui tient au relèvement des trois premiers métatarsiens et des cnnéiformes, qui ne touchent plus le sol, et forment une saillie au-dessus du reste de la face dorsale du pied. En dehors de cette saillie, on trouve un plan vertical formé par la face externe du troisième cunéiforme. En dedans, on remarque un vide vers la face plantaire, qui augmente la concavité naturelle de la voûte du pied. En arrière, on trouve un autre vide formé par la dépression du scaphoïde, dans lequel on sent les tendons des muscles jambier antérieur, extenseur du gros orteil et extenseur commun.

Par suite du défaut d'exercice, il y a une atrophie manifeste du membre et un commencement d'ankylose des articulations du tarse et du métatarse. En outre, le bord interne du pied se trouve raccourci de 15 millimètres environ par le chevauchement des trois cunéiformes sur le scaphoïde.

L'application exacte de la plante du pied sur le sol est impossible, et la marche a lieu sur le talon.

M. Bertherand, après la description de la luxation qu'il a observée, entre dans quelques considérations sur la rareté des luxations des os du tarse, qu'il attribue à des causes physiques et anatomiques. Les

premières sont la répartition inégale du poids du corps entre ses différentes parties, par suite de laquelle, dans les chutes d'un lieu élevé, le corps bascule le plus souvent, de sorte que la tête porte la première. Pour que les pieds arrivent les premiers, il faut qu'un obstacle vienne empêcher pendant la chute ce mouvement de bascule.

Les causes anatomiques sont la force des moyens d'union fournis par les ligaments et par les insertions tendineuses, puis la forme voûtée du pied, d'où résulte que, dans une chute, le choc porte exclusivement sur les têtes des métatarsiens et sur le calcanéum, à moins qu'une saillie du sol ne vienne à la rencontre de la face inférieure des cunéiformes, comme cela paraît être arrivé au malade de M. Bertherand.

L'auteur termine ses considérations en montrant que l'articulation cunéo-scaphoïdienne se trouve placée entre des articulations beaucoup plus solides et moins mobiles, de sorte que la luxation doit porter sur cette articulation plutôt que sur celles du scaphoïde avec l'astragale et le cuboïde, ou sur les articulations cunéo-métatarsiennes.

Après l'excellente description tracée par M. Bertherand, nous ne pouvons que regretter qu'il ait observé le malade si longtemps après l'accident, ce qui nous a privé d'une bonne description de l'état primitif des parties, et sans doute aussi de considérations utiles sur le traitement.

Telle qu'elle est, cette observation, avec les réflexions qui l'accompagnent, et dont la concision fait peut-être mieux ressortir la justesse, vous paraîtra digne, je pense, de figurer dans votre *Bulletin ;* car au mérite d'une excellente description, elle ajoute celui qu'il ne faut pas dédaigner, d'établir les premières données pour l'histoire d'une lésion non encore décrite.

A ces travaux, M. Bertherand a ajouté trois brochures :

1° *Des pansements des plaies sous le rapport de leur fréquence et de leur rareté*, mémoire couronné par le ministre de la guerre.

L'auteur examine les deux doctrines des pansements rares et des pansements fréquents, et ne se déclare partisan exclusif ni des uns ni des autres ; il fait mieux que de chercher à faire prévaloir l'un des systèmes, il montre leurs avantages et leurs inconvénients, et pose les indications qui devront guider le choix des chirurgiens.

2° Un mémoire *sur les plaies d'armes à feu de l'orbite*, où, après avoir décrit les effets si bizarres des projectiles dans les réflexions qu'ils peuvent subir de la part des os, et même des parties molles, du globe oculaire en particulier, il rapporte l'observation d'une balle qui pénétra par l'orbite et vint s'enclaver dans les fosses nasales si solidement qu'il fut impossible de l'extraire.

3° Enfin, un *Traité des adénites idiopathiques, et spécialement de celle du col*, qui, sous un petit volume, renferme une description complète du sujet, considéré d'abord d'une manière générale, et ensuite dans chaque région en particulier.

Messieurs, le nom de M. Bertherand, médecin principal à l'hôpital d'Alger, vous est bien connu; vous savez tous qu'il est un des représentants les plus éminents de cette chirurgie militaire qui a contribué si puissamment à répandre la gloire chirurgicale de la France. Par les travaux qu'il nous a envoyés, il nous a prouvé que vous pouviez compter sur son ardeur pour enrichir votre moisson scientifique. J'ajouterai qu'il est l'aîné de trois frères qui se distinguent dans la chirurgie militaire.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° De déposer aux archives les travaux de M. Bertherand;

2° De renvoyer au comité de publication l'observation de luxation des trois cunéiformes, avec les réflexions qui l'accompagnent;

3° D'admettre M. Bertherand au nombre des membres correspondants de la Société.

— M. GIRALDÈS appelle l'attention sur une cause d'aphonie consécutive à la ligature de la carotide, qui a été omise parmi toutes celles qui ont été mentionnées par le rapporteur. C'est la production plastique qui a lieu autour de la cicatrice, et qui, s'étendant aux parties voisines, englobe les nerfs et les comprime, comme il a eu l'occasion de le constater dans une autopsie.

MÉMOIRE

SUR LA LUXATION SIMULTANÉE NON ENCORE DÉCRITE

des trois os cunéiformes sur le scaphoïde.

Par le docteur A. BERTHERAND, médecin principal d'armée, ex-professeur des hôpitaux d'instruction.

Les luxations des os cunéiformes sont certainement des accidents très-rares, et l'on doit avec A. Bérard (1) ne pas s'étonner si les auteurs de pathologie en parlent aussi peu.

La luxation du *premier cunéiforme* sur le scaphoïde a été observée deux fois par Astley Cooper. La première fois, le déplacement reconnaissait pour cause une chute d'une grande hauteur ; le deuxième malade était tombé de cheval, et avait eu le pied fortement pris entre

(1) *Dictionnaire en* 30 *vol.*, article PIED.

l'animal et le bord du trottoir. M. Nélaton (1) a vu une luxation semblable produite par le passage d'une roue de voiture sur le pied ; il y avait plaie au niveau de la jointure cunéo-scaphoïdienne. Cette solution de continuité laissait sortir l'angle postérieur et inférieur du cunéiforme, qui avait subi un mouvement de bascule et s'était couché transversalement sur le petit cunéiforme.

Monteggia, dans le quatrième volume de ses *Institutions de chirurgie*, cite un exemple de la luxation des *deux premiers cunéiformes*.

La luxation simultanée des *trois cunéiformes* n'a été , que nous sachions, décrite nulle part, et c'est ce qui nous a surtout engagé à faire connaître l'observation suivante :

Girard, infirmier militaire de la division d'Alger , âgé de trente-sept ans, appartenait, en 1853, à l'hôpital militaire de Lagouatb , établissement improvisé à la hâte dans une agglomération de maisons d'indigènes.

Le 10 janvier au soir , se dirigeant mal par l'obscurité , il manqua l'escalier qui descendait d'une galerie du premier étage , et se précipita lourdement de quatre mètres environ de hauteur. Dans ce saut périlleux, ses mains rencontrèrent le fût d'une colonnette en pierre, qui servit ainsi de conducteur à la masse du corps et lui conserva sa verticalité jusqu'en bas. La chute porta donc entièrement sur la plante des pieds, et vraisemblablement de préférence sur la plante du pied droit.

Girard subit un traitement assez long pour combattre les accidents qui survinrent, et sur la nature desquels il nous a été impossible d'obtenir de lui des renseignements exacts ; toujours est-il qu'il en resta une claudication marquée et une complète inaptitude à servir. Ses chefs l'évacuèrent sur le dépôt d'Alger pour y être l'objet d'une proposition de retraite.

Voici l'état dans lequel je le trouvai, à propos d'une opération de contre-visite à l'hôpital du Dey il y a deux ou trois mois , et tout récemment, en l'examinant de plus près, chez moi, en présence de mon frère, le docteur F. Bertherand, médecin de l'artillerie, et de plusieurs autres médecins et chirurgiens militaires et civils :

Le pied droit est notablement fléchi sur la jambe ; cette flexion, plus apparente que réelle au fond , se remarque surtout au bord interne ; elle résulte de ce que les trois premiers métatarsiens ne peuvent pas , comme le quatrième et le cinquième, s'appliquer naturellement sur le

(1) *Pathologie chirurgicale.*

sol. Ils sont relevés en avant, de manière à former avec l'horizon un angle aigu dont le sommet répond en arrière au niveau des articulations cunéo-scaphoïdiennes. En un mot, les trois premiers métatarsiens et les trois cunéiformes sont soulevés, et constituent un plan supérieur au reste de la face dorsale du pied.

Au côté externe de ce soulèvement osseux, on sent distinctement un pan vertical : c'est la face externe du troisième cunéiforme, séparé d'avec le cuboïde. Au côté interne, une dépression qui augmente beaucoup en cet endroit l'excavation normale de la voûte plantaire. En arrière il existe une autre dépression, due à ce que la face supérieure du scaphoïde se trouve maintenant plus basse que le dos de la mortaise cunéenne ; dans cette cavité on perçoit, plus rigides, plus saillants et plus détachés, les tendons des muscles *jambier antérieur*, en dedans, *extenseur du gros orteil* et *grand extenseur des orteils*, en dehors.

Si l'on compare le pied affecté avec son congénère, on constate une véritable atrophie, manifestement produite par le défaut d'exercice de cette portion de membre ; car, depuis deux ans passés, elle ne fonctionne plus que très-imparfaitement. Aussi les articulations du tarse et du métatarse sont-elles presque tout à fait ankylosées. En outre, la rétrocession des trois cunéiformes, sur le scaphoïde, a raccourci de 15 millimètres environ la longueur du bord interne du pied.

Le malade marche, du côté droit, exclusivement sur le talon. En effet, par suite du redressement forcé de la pointe des premier, second et troisième orteils, l'application exacte de la plante au sol ne pourrait s'obtenir que par une flexion prononcée de la jambe sur le pied. Tout le haut du corps serait alors porté outre mesure en avant, et les conditions d'équilibre dans la station, dans la progression surtout, deviendraient très-difficiles à régler.

Réflexions. — 1° La rareté des luxations des os du tarse, en général, tient à deux ordres de causes : les unes essentiellement *anatomiques*, les autres *physiques et physiologiques*.

2° Dans les chutes d'un lieu très-élevé, le poids du tronc et de la tête tend naturellement à faire basculer l'axe vertical du corps ; aussi est-il excessivement fréquent de voir le crâne ou la face frapper les premiers la terre. Pour que le contraire ait lieu, il faut presque nécessairement que le corps, abandonné à son poids, rencontre dans son parcours des obstacles qui l'empêchent de céder à la tendance de son centre de gravité ; c'est ainsi que l'infirmier Girard, s'accrochant à une colonne à portée de ses mains, a pu glisser sur elle perpendiculairement jusqu'au sol.

3° *Anatomiquement*, les os du tarse sont solidement unis à l'aide de très-forts trousseaux ligamenteux, doublés d'ailleurs par des tendons musculaires qui s'épanouissent autour d'eux, ou les croisent sur leurs faces dorsale et plantaire. La disposition *en voûte* de la plante constitue une autre raison *physiologique* de protection du tarse, puisque, quand le sol sur lequel il vient à porter violemment est plat, le choc a lieu presque exclusivement sur le calcanéum en arrière, sur les articulations métatarso-phalangiennes en avant. Pour que les os cunéiformes soient directement chassés de leur place normale, il faut admettre que la chute, s'effectuant sur un terrain inégal, la face inférieure des trois cunéiformes, principalement celle du premier, ait violemment porté sur une saillie très-résistante, conique ou anguleuse. Cette particularité se présente encore dans le fait qui nous occupe, puisque la cour, théâtre de la chute de Girard, était recouverte de démolitions.

Quand les cunéiformes sont ainsi brusquement étreints entre deux pressions puissantes, mais inégales :

1° Un obstacle en saillie du côté du sol ;

2° D'en baut, le poids du corps, accru par la vitesse acquise, il est aisé à l'analyse d'expliquer la luxation survenue chez Girard.

En avant, les trois os dont il s'agit tiennent aux métatarsiens correspondants par une mortaise diarthrodiale très-serrée, peu mobile par conséquent, et à laquelle ne manquent pas les ligaments : il y en a 5 et quelquefois 6 *sur la face dorsale* (1). La même disposition existe à peu près du côté de la plante ; puis il y a trois ligaments inter-osseux bien connus, le premier surtout, des chirurgiens. Enfin, on a décrit des faisceaux fibreux entre les trois cunéiformes. La jonction intime de ces six os n'en forme plus, pour ainsi dire, qu'un tout continu, et les probabilités de déplacement ne sont pas de ce côté. Autre chose est de l'articulation cunéo-scaphoïdienne : il n'y a là qu'une simple arthrodie, avec mouvements assez caractérisés entre les trois facettes cunéennes postérieures et la convexité antérieure du scaphoïde. Les grands moyens d'insertion de cet os dans le tarse ne se trouvent donc pas entre lui et les cunéiformes, mais bien avec le calcanéum et le cuboïde. Voilà pourquoi, chez Girard, le scaphoïde est resté en place, retenu avec le calcanéum par le ligament inter-osseux de l'articulation astraga-

(1) Chacun des os du métatarse en reçoit un des os du tarse avec lequel il est en contact. Il y en a donc un pour le premier, trois pour le second, un et sonvent denx ponr le troisième.

lienne, accolé plus étroitement encore au cuboïde par un faisceau de fibres inter-osseuses courtes, serrées et très-résistantes.

4° Nous regrettons que notre observation, faite deux ans après un accident vraisemblablement méconnu de prime abord, et aujourd'hui incurable, ne nous laisse à exposer aucune considération expérimentale sous le point de vue du traitement. Chez les deux malades d'A. Cooper, la réduction n'avait point eu lieu non plus, sans doute aussi parce que le diagnostic avait fait défaut. Chez le malade de M. Nélaton, l'issue par la plaie de l'os luxé avait nettement fait préciser le désordre, et tracé l'indication thérapeutique. La réduction étant impossible, on pratiqua l'extirpation de l'os déplacé, et malgré une inflammation assez vive, suivie de suppuration fort abondante, le malade guérit complétement.

Quoi qu'il en soit, l'exemple que nous venons de rapporter, intéressant par sa nouveauté, aura peut-être encore cette utilité d'appeler l'attention des praticiens sur un ordre de lésions peu étudiées encore, et qui, dans le petit nombre de cas décrits jusqu'à ce jour, faute d'avoir été constatées en temps opportun, n'ont pu bénéficier des ressources de l'art.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fracture dentelée du fémur et fracture en V du tibia. — M. GOSSELIN présente une fracture de la cuisse et de la jambe gauches, provenant d'un malade qui a été pris sous un éboulement de terre le 24 février dernier, et auquel il a pratiqué le jour même, six heures après l'accident, l'amputation de la cuisse à l'hôpital Cochin.

La fracture du fémur, qui était sans plaie et simple, est remarquable par sa direction, qui n'est ni oblique ni transversale, mais présente la forme dentelée indiquée par M. Malgaigne. On voit, en effet, sur le fragment supérieur deux prolongements latéraux triangulaires, et sur le fragment inférieur deux dépressions auxquelles s'adaptent parfaitement ces prolongements. Cette pièce, en même temps qu'elle nous offre l'occasion d'observer une fracture dentelée sur un adulte (le malade est âgé de 47 ans), permet de constater les lésions accessoires ou consécutives qu'a également signalées M. Malgaigne, et sur lesquelles M. Gosselin insiste également beaucoup. On voit deux fissures partir de la base des dents sur le fragment supérieur, et se diriger de bas en haut dans l'étendue de cinq à six centimètres. On n'a qu'à examiner la pièce si l'on veut comprendre le mécanisme de ces fissures accessoires. Il est évident qu'elles ont dû être produites par un mouve-

ment de rotation ou de flexion forcée au moment où les fragments étaient encore engrenés, et que si les dents n'avaient pas été aussi résistantes, elles se seraient rompues, comme cela a eu lieu dans les faits cités par M. Malgaigne à la page 74 de son *Traité des fractures*.

Ces fractures secondaires ou consécutives par la pression des fragments l'un sur l'autre, après la production du trait principal de la solution de continuité, sont encore plus remarquables, ajoute M. Gosselin, dans les fractures que j'ai nommées en V; celles-ci diffèrent des précédentes par la longueur plus grande et le nombre moins considérable des dents, d'où résultent une action plus violente des deux fragments l'un sur l'autre, et par suite des fissures ou fractures consécutives beaucoup plus étendues, assez étendues même dans certains cas pour constituer la lésion principale.

C'est ce que démontre la seconde pièce que je mets sous les yeux de la Société, c'est-à-dire la jambe du même malade. Elle était le siége d'une fracture comminutive à quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, avec plaie, issue du fragment inférieur dans l'étendue de 6 à 7 centimètres, et réduction impossible. Ce fragment offre une coupe oblique de haut en bas et d'avant en arrière, et représente une longue pointe qui a la forme d'un V saillant, très-dur et très-résistant. Du côté du fragment supérieur, on voit une brisure comminutive avec douze ou quinze esquilles, dont le plus grand nombre est formé aux dépens du tissu spongieux, et avec division verticale des tubérosités du tibia, d'où pénétration de la fracture dans l'articulation du genou. J'avais soupçonné l'étendue de ces désordres à cause de la disposition en V du fragment inférieur, et c'était un motif de plus pour me déterminer à pratiquer de suite l'amputation. Je suis persuadé que cette brisure multiple du fragment supérieur a été due à ce que l'inférieur a été poussé dans l'épaisseur du premier par l'action combinée de la violence extérieure et de la contraction musculaire, et, en le pénétrant, a agi sur lui à la manière d'un coin.

Cette explication est confirmée par ce fait que la peau, le tissu cellulaire, les muscles, etc., ne présentaient ni les ecchymoses, ni les décollements, ni les déchirures qu'ils auraient certainement offerts si le désordre avait été produit par l'action d'une cause directe.

M. LARREY fait observer que, dans le cas rapporté par M. Gosselin, il y a eu écrasement du membre, et qu'il n'est pas prouvé que dans ce cas le mécanisme du coin qui s'enfonce pour détacher les esquilles soit applicable comme dans les cas de chute.

M. GIRALDÈS ne pense pas que l'absence d'épanchement sanguin

soit une preuve en faveur de l'opinion de M. Gosselin; cette particularité s'explique facilement, dans les cas d'éboulement, par la manière dont le membre se trouve soutenu au moment de la fracture. Si le membre est soutenu dans toute sa longueur et pressé sur une de ses extrémités, il se plie en se fendillant comme un morceau de bois vert avant de se fracturer. Alors il peut y avoir des esquilles et pas d'épanchement sanguin.

— En réponse à MM. Larrey et Giraldès, M. GOSSELIN fait observer que le malade, ayant été surpris debout par l'éboulement, a reçu un choc violent de haut en bas, dans lequel le mécanisme du coin a pu intervenir comme pendant les chutes d'un lieu plus ou moins élevé. Quant aux objections faites au mécanisme du coin, pour le cas actuel, M. Gosselin établit que la brisure comminutive du fragment supérieur n'a pu être produite que par l'un des deux mécanismes suivants : ou bien un écrasement direct par le corps vulnérant, ou bien une pénétration du fragment inférieur dans le supérieur. Or, il ne comprendrait pas que le premier de ces mécanismes eût été mis en jeu, sans que le corps vulnérant eût lésé en même temps les parties molles. L'absence d'ecchymoses, d'épanchement sanguin, de décollements et de déchirures, ne lui permet pas de croire que l'os ait été écrasé de cette manière. Et quand, d'autre part, il compare cette pièce à celles qu'il a vues déjà, et dans lesquelles le mécanisme du coin ne pouvait être mis en doute, il ne peut pas admettre ici d'autres explications.

M. LARREY déclare que les observations qu'il a faites avaient pour but de soutenir la doctrine de M. Gosselin plutôt que de la combattre, parce qu'il lui semblait qu'elle serait compromise si on l'appliquait à des cas qui lui sont étrangers. Quant au délabrement des os sans lésion des parties molles, il le croit possible, et se propose de présenter à la Société deux fémurs fracturés qui viennent à l'appui de cette manière de voir.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

Séance du 11 mars 1857.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Luxations incomplètes de l'humérus en arrière. — M. CHASSAIGNAC présente deux jeunes enfants affectés de luxations incomplètes

de l'humérus en arrière. Dans l'un et l'autre cas, l'accident fut attribué aux manœuvres de l'accouchement. Sur l'un des malades, la luxation fut suivie de rétractions incomplètes et de paralysie des muscles de l'avant-bras. Chez ces deux malades, les symptômes sont identiques; on trouve, à la partie postérieure de l'épaule, sous l'acromion, une saillie formée par la tête de l'humérus, tandis qu'il existe un vide à la face antérieure. De ces signes, M. Chassaignac conclut que, dans ces cas, la luxation est incomplète.

Il présente en même temps un enfant qu'il avait amené dans une précédente séance, avec une luxation semblable aux précédentes. La réduction a été obtenue facilement, et toute difformité a disparu.

M. HOUEL regarde, ainsi que M. Chassaignac, ces luxations comme incomplètes; mais il ajoute qu'il en est de même de toutes les luxations de l'humérus en arrière, qu'on ne devrait plus désigner sous le nom de *sous-épineuses*. M. Malgaigne les décrit sous le nom de *sous-acromiales*, comme étant toujours incomplètes; et, en effet, il n'existe qu'un exemple de luxation complète de l'humérus en arrière, encore était-elle compliquée. Elle a été rapportée par M. Denonvilliers. La tête de l'humérus correspondait au milieu de l'épine de l'omoplate; mais ce dernier os était brisé.

M. VERNEUIL présente un malade qu'il a opéré, pour une pseudarthrose des deux os de l'avant-bras, par résection des extrémités osseuses.

M. ADOLPHE RICHARD. A propos de l'intéressante présentation de M. Verneuil, je rappellerai à la Société qu'il y a une vingtaine de mois environ je l'entretins d'un malade que j'avais opéré pour une pseudarthrose de l'humérus à l'aide d'un procédé nouveau. Avant de sacrifier par la scie les deux bouts d'os, je disséquai des deux côtés une manchette du périoste destinée à rester adhérente aux deux fragments conservés. Je comptais ainsi voir ces deux cylindres périostiques sécréter du cal, et augmenter d'autant la surface réparatrice.

Les dates pourront être constatées par les procès-verbaux de la Société, et cette opération eut à l'Hôtel-Dieu un grand nombre de témoins. J'avoue que j'y tiens un peu, parce que je crois que cette modification peut être très-favorable au succès de la résection dans les pseudarthroses. Plusieurs mois après mon opération, un chirurgien américain décrivit mon procédé.

Quoi qu'il en soit, chez mon malade, je voulus obtenir trop, et j'échouai radicalement. Il avait été déjà opéré deux ou trois fois; l'humérus était fort raccourci, et j'espérais augmenter la longueur de l'os. Aussi

ne mis-je point en rapport exact les deux surfaces osseuses cruentées. Il arriva ainsi, sans doute, que les manchons de périoste se correspondirent par leur face externe. Aussi, à la première occasion, je compte bien essayer une coaptation aussi parfaite que possible des deux os coupés.

— Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— M. VERNEUIL communique l'observation suivante (1) :

Amputation tibio-tarsienne pratiquée pour une ancienne entorse des articulations du tarse. — Absence de guérison. — Amputation sus malléolaire secondaire, cicatrisation lente. — Guérison définitive.

Abat (Jean), âgé de trente et un ans, brun, maigre, d'une constitution assez chétive, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 19 décembre 1854, pour une affection organique des os du pied droit. La maladie remontait à deux ans, et avait pour point de départ une violente entorse. Au mois d'avril précédent, un abcès s'était formé, il s'était ouvert spontanément et restait fistuleux depuis cette époque. M. Richet tenta la conservation du membre et soumit le malade à la médication iodée, mais sans succès. Le 19 avril 1855, il dut recourir à l'amputation et se décida pour la désarticulation tibio-tarsienne. Le procédé de M. Jules Roux fut mis en usage. Le sommet de la malléole entamée fut réséqué.

Les suites primitives de l'opération furent très-satisfaisantes, il n'y eut aucun accident; la réunion du lambeau se fit rapidement dans presque toute l'étendue de la plaie. Mais cette marche heureuse se ralentit; deux petits trajets fistuleux s'établirent sur la ligne cicatricielle, le moignon resta le siége d'un empâtement prononcé, et l'on put reconnaître les signes d'un travail inflammatoire lent, siégeant dans les extrémités osseuses. Ce soupçon se confirma, un stylet introduit par le pertuis fistuleux parvint jusqu'aux os, qui étaient à nu dans le foyer et ramollis.

On espéra longtemps la guérison de cette ostéite, et l'on chercha, par les moyens convenables, à la favoriser. Mais tout fut inutile. Le gonflement et la suppuration persistaient, le moignon était douloureux, la santé générale s'altérait par suite du séjour au lit et de l'ennui qui gagnait le malade. Une nouvelle opération était nécessaire, l'opéré lui-

(1) Je dois les détails de cette observation à l'obligeance de M. Richet, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, qui a bien voulu me confier la dissection de la pièce pathologique.

même la réclamait. M. Richet pratiqua, le 29 janvier 1856, l'amputation un peu au-dessous de la partie moyenne de la jambe; les suites furent très-simples, et cependant la réunion complète fut encore tardive. Au bout de cinquante-cinq jours, le moignon devint rouge et douloureux. Un petit abcès se forma dans la région antérieure, il fut ouvert et se cicatrisa assez vite. Quelques jours après, nouvel abcès circonscrit, situé un peu plus haut; ouverture, guérison rapide. Enfin les accidents cessèrent, et le malade sortit le 3 juin 1856. Une jambe de bois ordinaire lui fut donnée, et il put marcher sur le genou. J'ai eu par hasard l'occasion de le revoir au bureau central dans le mois de décembre 1856, la guérison ne s'était pas démentie, la santé générale était bonne, la marche facile. L'extrémité de la jambe, fléchie à angle droit, n'était point gênante.

Dissection du moignon. — La jambe se termine par un renflement assez volumineux, en forme de massue. Le lambeau formé par la peau du talon est tout à fait sain à l'extérieur, il est épais, consistant, bien nourri; la peau est saine partout, si ce n'est en arrière, vers l'extrémité coupée du tendon d'Achille, où elle montre un peu de rougeur et semble amincie.

La cicatrice de réunion est située en avant, elle est large de 7 ou 8 millimètres, violacée, mais solide et légèrement adhérente aux couches profondes; elle est interrompue par deux trajets fistuleux assez étroits, qui, par la pression, laissent sourdre quelques gouttelettes de pus. Ces trajets conduisent un stylet dans une cavité assez spacieuse, au fond de laquelle on rencontre les extrémités dénudées du tibia et du péroné.

Cette cavité est constituée par la face supérieure du lambeau plantaire, et par les restes de l'articulation tibio-tarsienne. On peut lui reconnaître deux faces et une circonférence. La face inférieure répond, ai-je dit, au lambeau; elle est entièrement recouverte par des fongosités très-vasculaires et assez épaisses, tout à fait analogues à celles qu'on rencontre dans les sinuosités fongueuses ordinaires. Dans l'épaisseur de cette paroi et au milieu de ces végétations, on découvre une petite masse osseuse de nouvelle formation, peu adhérente et assez régulière. En dehors et en dedans, dans les points qui répondent au sommet des malléoles, le lambeau est déprimé en cupule. C'est le vestige de la formation des deux bourses séreuses, qui, dans les cas de guérison, se montrent toujours au-dessous de ces saillies osseuses. Ces bourses séreuses s'étendent ici sur les côtés, et remontent latéralement entre la face profonde de la peau et la surface extérieure des malléoles. Elles sont également tapissées par des fongosités.

La circonférence du foyer de l'amputation est formée par les vestiges de l'ancienne capsule articulaire, qui a contracté des adhérences avec la face profonde du lambeau. La face supérieure est constituée par les deux extrémités des os de la jambe. La surface articulaire du tibia est presque complétement recouverte par des fongosités qui se continuent avec les précédentes. Cependant, en quelques points, on retrouve encore des traces du cartilage diarthrodial, ce qui est assez surprenant au bout d'un temps aussi long et en présence d'une arthrite incontestable.

En résumé, le foyer de l'amputation représente exactement une véritable arthrite fongueuse, une synovite chronique avec altération superficielle des surfaces osseuses. Cette cavité est remplie de pus. Elle présente un arrière-fond qui se prolonge en arrière jusque sous la peau, et qui a pris naissance par un mécanisme assez singulier : on sait qu'il existe normalement une cavité séreuse qui sépare le tendon d'Achille du calcanéum au voisinage de son insertion; je suppose que dans la dissection du lambeau une portion de cette séreuse aura été conservée; toujours est-il qu'on trouve au-dessous du bout coupé du tendon et en avant de ce dernier une petite cavité du volume d'une aveline, bien circonscrite et presque entièrement comblée par des fongosités épaisses; plus en arrière, l'extrémité du tendon adhère par des prolongements au tissu fibreux qui double le lambeau, disposition ordinaire dans ce genre d'amputation.

L'état des os mérite de fixer notre attention. Le périoste du tibia et du péroné est épaissi, pénétré de matière plastique dans l'étendue de 4 ou 5 centimètres; plus hant, il est mince et nacré; il n'est point détaché, mais adhère peu à l'os en bas; en haut, il a conservé, au contraire, sa cohésion et son adhérence normales.

Au-dessous, l'os est rouge, injecté dans les points où le périoste est épaissi; il est couvert d'ostéophytes et conserve une consistance considérable; plus haut, c'est-à-dire à 5 centimètres de l'extrémité, le tissu, au contraire, est ramolli; il se laisse pénétrer par le scalpel. Le tissu spongieux est infiltré de graisse liquide et raréfié. La diaphyse elle-même a perdu de sa consistance sans être très-amincie. Une coupe verticale étant pratiquée, on peut, par une forte pression entre les doigts, faire plier les bords des gouttières diaphysaires formées par cette coupe longitudinale.

En détachant les fongosités qui recouvrent les bouts osseux, on reconnaît que les mailles dn tissu spongieux sont largement ouvertes et que les bourgeons vasculaires se prolongent assez haut dans leur inté-

rieur. Les lamelles osseuses sont du reste hypertrophiées et résistantes; on voit par là qu'il n'existe aucun travail d'occlusion des aréoles du tissu spongieux. On ne peut donc savoir si les surfaces se seraient éburnées plus tard, si elles se seraient recouvertes d'un périoste adventice; mais les faits que j'ai observés jusqu'ici m'ont toujours montré que ces aréoles spongieuses, une fois ouvertes par la scie, avaient peu de tendance à s'oblitérer. Ce qui, soit dit en passant, serait une objection contre la résection des malléoles.

En résumé, voici l'état des os :

A l'extrémité inférieure, destruction de la lamelle osseuse sous-cartilagineuse. Ostéite condensante interstitielle; plus haut, ostéite aiguë avec hypertrophie et végétations périostiques; plus haut encore, ramollissement, raréfaction, infiltration graisseuse de l'os, sans travail plastique et avec intégrité apparente du périoste. C'est là, du reste, ce qu'on rencontre très-ordinairement dans les extrémités osseuses qui confinent à une synovite plus ou moins aiguë.

Un mot sur l'état des parties molles périphériques. La dissection ayant été commencée par un autre que par moi, je ne puis décrire les vaisseaux et nerfs superficiels, ce qui importe assez peu du reste. L'aponévrose d'enveloppe a conservé ses caractères; elle est brillante et nacrée, un peu épaissie et vascularisée à sa partie inférieure. Là l'espace qui la sépare du périoste du tibia est comblé par du tissu adipeux très-vasculaire. Les cloisons inter-musculaires sont reconnaissables, mais infiltrées de produits plastiques et graisseux très-adhérents, indurés et d'une coloration rougeâtre.

La portion des muscles qui fait partie du moignon est infiltrée de graisse; la direction des fibres indique une ascension de tous ces muscles, qui égale au moins 3 centimètres. Toute cette dissection est difficile, parce que les parties charnues, le périoste, les cloisons intermusculaires, les vaisseaux, sont toutes confondues en une seule masse et soudées ensemble par des produits plastiques et de la graisse. Les tendons sont reconnaissables, ils ont conservé leur brillant; mais ils sont soudés aux parois de la portion de leur gaîne qui a été ménagée par le couteau.

Je ne reviendrai pas sur la disposition du tendon d'Achille, moitié adhérent, moitié isolé par les fongosités que j'ai décrites plus haut. Les deux péroniers latéraux adhèrent intimement à la face postérieure de la malléole externe; le fléchisseur propre du gros orteil, le tibial postérieur, le fléchisseur commun adhèrent par des prolongements fibreux plus ou moins grêles à la face postérieure du tibia dans les

points où, à l'état normal, se trouvent leurs coulisses de glissement. L'extenseur commun des orteils, l'extenseur propre du gros orteil, le jambier antérieur sont fortement remontés; du bout coupé de leurs tendons partent des expansions fibreuses, membraniformes, qui vont adhérer à la peau au voisinage de la cicatrice. Il en résulte que, à l'exception du tendon d'Achille, aucun de ces tendons ne va se perdre dans le lambeau.

Les vaisseaux et nerfs tibiaux antérieurs n'offrent rien d'important à noter; ils sont appliqués contre le périoste du tibia et y adhèrent; le nerf est renflé comme de coutume.

Les vaisseaux tibiaux postérieurs ont été conservés dans le lambeau, suivant le précepte adopté aujourd'hui. Le nerf tibial postérieur présente plus d'intérêt. Il se prolonge aussi dans le lambeau, s'infléchit avec lui et occupe sa face profonde; il en résulte que, dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, il est baigné par le pus, dont il n'est séparé que par une couche de fongosités qui paraissent naître du névrilème lui-même. Ce nerf est donc vascularisé, au moins à l'intérieur; il a au moins doublé de volume, et cette tuméfaction, moins l'injection, se prolonge à la jambe presque jusqu'au niveau de l'amputation. On pourrait peut-être se rendre ainsi compte des douleurs que le malade accusait dans le moignon.

En présence des désordres anatomiques que je viens de décrire, pouvait-on songer à conserver le membre, et ce moignon aurait-il été apte plus tard à supporter le poids du corps dans la marche? Je ne le pense pas. On a donc bien fait de pratiquer l'amputation secondaire de la jambe. Maintenant fallait-il primitivement faire la désarticulation tibio-tarsienne, et ne valait-il pas mieux recourir d'emblée à l'amputation sus-malléolaire? La question est délicate, la solution difficile. Pour ma part, j'ai déjà vu tant de fois la section dans l'article inutile lorsqu'il s'agit d'affections organiques, que j'aurais peut-être recours d'emblée au sacrifice le plus radical, l'amputation sus-malléolaire n'offrant d'ailleurs pas plus de dangers que la désarticulation tibio-tarsienne.

— M. VERNEUIL communique ensuite l'observation suivante, au nom de M. Pichaud, chirurgien de 1re classe de la marine, à Toulon.

Plaie du pied droit. — Pourriture d'hôpital. — Amputation tibio-tarsienne. — Guérison. — Déambulation facile.

Le nommé Foulard (Moïse), noir, cultivateur à Cayenne (Guyane française), entre à l'hôpital le 7 octobre 1855, pour une plaie au pied

droit, avec lésion des os du métatarse, produite par un coup de hache.

Foulard est âgé de cinquante ans, d'une constitution délabrée par la fatigue, la mauvaise nourriture et le climat; très-amaigri, d'un tempérament lymphatique.

A son entrée à l'hôpital de Cayenne la plaie était envahie par la pourriture d'hôpital et dans un état tel que les lambeaux n'auraient pas été suffisants pour pratiquer l'amputation médio-tarsienne (Chopart). La conservation du membre étant impossible, je songeai à désarticuler le pied. Je soumis immédiatement le malade à un traitement tonique et stimulant. Mais la pourriture d'hôpital ne s'arrêtait pas; la suppuration fatiguait Foulard, qui tombait rapidement dans la chloro-anémie; bientôt les parties molles allaient manquer pour pratiquer l'opération projetée. Le 13 du même mois, six jours après son entrée à l'hôpital, quoique l'état du malade ne fût pas favorable à une opération, et que la constitution médicale fût détestable (la fièvre jaune régnait alors à Cayenne), je me décidai cependant à pratiquer la désarticulation tibio-tarsienne d'après le procédé de M. J. Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon.

Le malade, soumis au chloroforme, fut maintenu dans une anesthésie complète pendant tout le temps de l'opération, qui fut assez longue. Je ne décrirai pas ici le procédé opératoire de M. J. Roux, qui est dans tous les traités de chirurgie; je me contenterai d'indiquer les particularités de mon opération. Une première difficulté, que je n'avais point prévue, fut l'épaississement de la peau de la plante du pied, qui, chez ce nègre, était comme cartilagineuse, et qui a rendu plus long et plus compliqué le temps de la dissection. Les malléoles ont été réséquées à l'aide de la scie, et le lambeau *plantaire latéral interne* a été maintenu au contact des os au moyen de sutures entortillées. Je n'ai eu à lier que l'artère pédieuse, ouverte dans l'incision dorsale de la peau. Des suintements, répandus sur le lambeau, n'ont pas nécessité d'autre ligature. Pas de réaction fébrile après l'opération.

J'ai été frappé, chez ce noir, de la faible couche de tissu cellulaire qui existait sur le lambeau, surtout dans la partie correspondante à la face interne du calcanéum. La couche musculaire était aussi atrophiée.

Deux jours après l'opération, le lambeau ayant parfaitement pris la forme du moignon, j'enlevai les épingles et j'appliquai une seule bandelette de diachylon. La cicatrisation fut retardée par la pourriture d'hôpital, qui envahit, à un faible degré, le limbe du lambeau. Le malade fut mis à un régime réparateur et à l'usage du quinquina, du fer et du vin de Madère.

A mon départ de Cayenne, le 30 octobre, l'état général de l'opéré s'était amélioré. La teinte blafarde de la plaie disparaissait; les bourgeons charnus, rouges, apparaissaient de toutes parts, et la cicatrisation commençait à se faire.

Voici les détails que j'ai reçus depuis, de source certaine :

Pendant les mois de novembre et de décembre, sous la double influence d'un régime nourrissant, de médicaments toniques, secondés par des pansements convenables, le mieux a continué dans l'état général du malade et dans l'état local de la plaie, si bien que le 1er janvier la cicatrisation était complète.

Le désir de relever la constitution de l'opéré par une bonne nourriture, et la difficulté de se procurer une bottine ont fait retenir Foulard à l'hôpital jusqu'au 24 février 1856.

A cette époque, le moignon ne laissait rien à désirer; il recouvrait avec précision l'extrémité inférieure des os de la jambe, et la cicatrice n'appuyait pas sur le sol. La marche se faisait avec facilité, l'opéré s'aidant d'un bâton. Des renseignements précis et récents (février 1857) m'ont appris qu'aucun accident ne s'était présenté, et que l'opéré était arrivé à si bien se servir de son membre amputé, qu'il avait repris ses occupations de cultivateur et de batelier.

— La Société procède au vote sur la candidature de M. Bertherand, médecin principal de l'hôpital du Dey, qui est nommé à l'unanimité membre correspondant.

CORRESPONDANCE.

M. Ancelon, chirurgien de l'hôpital de Dieuze, qui avait déjà envoyé plusieurs travaux à la Société, adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un mémoire sur la luxation simple du coude en avant. (Commission, MM. Richet, Deguise, Guérin.)

— M. le docteur Auguste Pillon adresse deux exemplaires de sa thèse inaugurale sur les exanthèmes syphilitiques, pour le concours du prix Duval.

Enfoncement du crâne. — A propos des cas d'enfoncement du crâne présentés par M. Danyau, M. Saurel adresse à la Société le fait suivant :

Le 15 novembre 1853, on lui présenta un enfant d'un peu moins d'un an, qui était tombé, huit jours auparavant, la tête la première, sur le pavé. Après l'accident, il resta quelques minutes sans connaissance, et, en le relevant, on remarqua un enfoncement du crâne où on aurait pu loger plusieurs doigts, au dire de la mère. Il y avait, en outre, une

petite plaie et une large ecchymose. Il n'y eut aucun symptôme de paralysie.

Lorsque M. Saurel vit l'enfant, huit jours après la chute, l'ecchymose et la tuméfaction avaient disparu ; la dépression des os du crâne était évidente à la simple vue, et encore plus au toucher. Cet enfoncement était circulaire et de la largeur d'une pièce de cinq francs ; il occupait la partie supérieure et latérale gauche du frontal, et empiétait un peu sur le pariétal. En parcourant son pourtour avec la pulpe du doigt, on ne sentait pas d'inégalités indiquant une fracture. La sensibilité et la motilité étaient normales, et les fonctions s'exécutaient bien, sauf un état de faiblesse qui était habituel.

Au mois de février 1854, M. Saurel revit le malade ; la dépression osseuse était toujours facile à constater.

L'enfant mourut au mois de juin suivant. L'autopsie n'eut pas lieu.

M. Saurel pense que dans ce cas il y avait enfoncement simple sans fracture. Il s'appuie sur la facilité avec laquelle, sur les jeunes enfants, la pression des doigts produit un enfoncement momentané des os du crâne, et rappelle un cas publié dans le *Compte rendu de la Société anatomique*, dans lequel il y avait enfoncement sans fracture ni fissure.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Kyste fœtal ovarique gauche simulant un abcès de la fosse iliaque droite. — M. RICHET. La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société a été recueillie sur une femme de trente-cinq ans, morte dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, et dont il importe de rapporter l'histoire en peu de mots.

Cette femme, qui a eu plusieurs enfants, a été prise, l'année dernière, au mois de mai, de symptômes que le médecin de la localité caractérisa de *fièvre typhoïde*. Elle fut assez longtemps à se rétablir, et pendant la convalescence, il survint dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse, qui bientôt devint fluctuante et s'ouvrit spontanément au-dessus de l'arcade crurale, en bas et en dedans de l'épine iliaque antérieure. Depuis cette époque, l'ouverture, qui est restée fistuleuse, n'a pas cessé de laisser échapper chaque jour une notable quantité de pus, à ce point que la malade, inquiète et épuisée, résolut de venir à Paris pour chercher remède à son mal.

Elle entre à l'hôpital Saint-Antoine dans les premiers jours de février. Cette femme est parfaitement réglée, d'un assez bon appétit, seulement elle se plaint de douleurs continuelles dans le bas-ventre. Un

stylet introduit par l'ouverture fistuleuse permet de constater que le trajet qui livre passage au pus est tortueux, très-oblique, se dirigeant en dedans du côté de la symphyse pubienne, parallèlement à l'arcade crurale. Le toucher vaginal démontre que l'utérus est à l'état normal comme volume et comme direction, et que le ligament large est étranger au développement du foyer purulent de la fosse iliaque.

Les jours suivants, j'introduis dans le trajet fistuleux un morceau d'éponge préparée, et quelques jours après je puis y porter le doigt, ce qui me permet de constater qu'il existe derrière la paroi abdominale un large foyer purulent, parfaitement limité en arrière par la fosse iliaque, en bas par l'arcade crurale et l'union de la gaîne du psoas à cette bandelette fibreuse, en avant par la paroi abdominale. En parcourant cette poche avec le doigt, je découvre, du côté de la racine de la cuisse et attenante au psoas et à l'arcade crurale, une tumeur qui fait saillie dans la cavité du foyer. Afin de mieux explorer, j'agrandis l'ouverture, à l'aide du bistouri, du côté interne, et je constate alors que cette tumeur saillante contient quelque chose de dur et de rugueux que je saisis avec des pinces à pansement, et que j'amène, non sans quelques difficultés, à l'extérieur. C'était une dent; j'en retire successivement plusieurs, puis un fragment d'os, puis un paquet de poils et de cheveux. Plus de doute dès lors, le prétendu abcès de la fosse iliaque suite de fièvre typhoïde n'est autre chose qu'un kyste fœtal.

Les jours suivants, je me borne à laver le foyer à l'aide de grandes lotions avec la décoction de quinquina; mais la suppuration est tellement abondante et fétide, et la malade a un tel désir d'être débarrassée de son infirmité, que je songe sérieusement à tenter l'extraction de ce qui reste de cette poche. Toutefois, afin de mettre toutes les chances favorables de mon côté, je décide que cette extraction ne se fera que par décollement et arrachement avec le doigt, sans le secours d'aucun instrument tranchant, de crainte d'intéresser la cavité péritonéale, que je soupçonne être très-voisine, et qu'elle n'aura lieu que progressivement et non en une seule séance. Il fut fait ainsi : c'est-à-dire que pendant plusieurs jours je retirai successivement des dents, des fragments osseux, des débris d'os, etc., jusqu'à ce qu'enfin je crus pouvoir décoller la portion du kyste opposée à la paroi péritonéale, celle qui adhérait à l'arcade crurale et au psoas. L'extirpation de cette portion se fit sans beaucoup de difficultés, et j'introduisis dans le foyer quelques bourdonnets de charpie.

Le lendemain la malade était dans son état de santé habituel; mais le surlendemain elle fut prise d'un violent frisson; le ventre se gonfla,

puis bientôt survinrent tous les symptômes d'une péritonite aiguë à laquelle elle succomba.

Il est bon de dire qu'en ce moment même la salle d'accouchement venait d'être fermée à cause d'une épidémie très-meurtrière de métro-péritonite puerpérale.

A l'autopsie, nous trouvâmes du pus dans la cavité péritonéale, et surtout dans le petit bassin. La fosse iliaque droite était occupée par une tumeur du volume du poing, que circonscrivaient des adhérences à la paroi abdominale, adhérences formées par le grand épiploon, enveloppant complétement et de tous côtés une tumeur globuleuse constituée par l'*ovaire gauche*. L'ovaire droit et l'utérus, refoulés dans le petit bassin, étaient situés au-dessous de la bride que fournit le ligament large du côté gauche, tiraillé et fixé dans la fosse iliaque droite. Une petite fissure existait entre les adhérences qui fixaient la tumeur à la paroi abdominale, près de l'arcade crurale, et c'était par là que les liquides contenus dans la poche avaient fusé dans la cavité péritonéale.

Sur la pièce que j'ai l'honneur de vous soumettre, vous voyez, messieurs, cette torsion du ligament large du côté gauche. Voici les débris du kyste fœtal, qu'on reconnait encore parfaitement comme s'étant développés dans l'ovaire; il a le volume d'une petite pomme coupée en deux. et l'on reconnaît encore dans son intérieur des dents, des poils et des fragments d'os. Il est évident que la moitié qui manque est celle qui adhérait à la fosse iliaque, et que j'ai enlevée pendant la vie. Il me paraît démontré que si cette péritonite n'était point survenue, le reste du kyste aurait pu se vider facilement à l'extérieur, et la malade guérir par rapprochement des parois du foyer.

Je regrette beaucoup d'avoir tenté cette opération dans un moment où une épidémie de péritonite sévissait d'une manière aussi intense dans l'hôpital, car j'ai la conviction qu'elle n'a pas été étrangère au développement de celle qui a enlevé ma malade.

M. HUGUIER fait observer, à propos de ce fait, qu'il n'est pas rare de voir l'ovaire malade quitter son siége primitif pour se porter de l'autre côté; il donne de ce phénomène l'explication suivante :

L'ovaire malade, devenu plus lourd, est entraîné par son poids dans le cul-de-sac recto-utérin pendant le décubitus dorsal; plus tard, si la femme se couche du côté opposé, il se porte dans le côté correspondant du cul-de-sac; puis enfin, lorsqu'il a pris un certain accroissement, il sort de ce cul-de-sac, qui ne peut plus le contenir, et de-

vient adhérent à la marge du bassin, et plus tard se développe dans la fosse iliaque correspondante.

En terminant, M. Huguier demande si le kyste s'était développé dans la cuisse.

M. RICHET répond que la portion de la région inguino-crurale, limitée par le ligament de Fallope, faisait partie de la paroi antérieure de la tumeur. L'incision a été pratiquée au-dessus de l'arcade crurale.

M. CAZEAUX demande s'il était prudent d'exercer des tractions sur les fragments d'os et autres débris organiques qui se présentaient, et s'il n'aurait pas mieux valu attendre leur expulsion spontanée. Ne pouvait-on pas craindre, par les tractions, de détruire les adhérences du kyste, d'amener une inflammation et peut-être l'ouverture du péritoine ?

M. RICHET répond qu'il avait fait ces réflexions avant de chercher à extraire les corps qu'il pouvait saisir, et que, s'il s'y est décidé, c'est parce que la malade était épuisée par une suppuration abondante qui durait depuis un an. Du reste, il n'a extrait que les débris qui venaient facilement.

M. GIRALDÈS pense que M. Huguier a exagéré la fréquence des transpositions d'ovaires malades. Pour lui, il ne se souvient pas d'en avoir rencontré dans ses autopsies.

M. HUGUIER affirme qu'il a rencontré assez souvent ce genre de déplacement.

M. CHASSAIGNAC propose l'explication suivante : Les ovaires, lorsqu'ils ont acquis un développement suffisant, affectant toujours une position médiane, peuvent se fixer sur le côté opposé lorsqu'ils deviennent adhérents à cette époque.

M. HUGUIER, ayant toujours trouvé ces kystes déplacés adhérents à la fosse iliaque, en conclut qu'ils s'enflamment après leur déplacement.

M. CAZEAUX accepte les idées de M. Huguier, surtout en ce qui concerne les kystes fœtaux, qui s'enflamment à certaines périodes de leur développement et contractent alors des adhérences. Ce sont ces kystes surtout qui deviennent adhérents au côté opposé à l'ovaire malade.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 18 mars 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Kyste hydatique du foie traité par l'injection iodée. — M. CHASSAIGNAC, après avoir cédé le fauteuil de la présidence à M. Larrey, présente un homme qu'il a traité d'un kyste hydatique du foie. Lorsque ce malade entra à l'hôpital, il ressentait des douleurs dans sa tumeur, qui prenait un accroissement rapide, et sa santé générale était très-altérée.

Le 22 septembre dernier, huit jours après une ponction exploratrice, M. Chassaignac fit dans le kyste une injection iodée. Après l'opération, le malade resta assez longtemps souffrant et sujet à des accès de fièvre; mais enfin il finit par guérir, et jouit aujourd'hui d'une santé parfaite.

En examinant la région du foie, on trouve des cicatrices résultant d'applications de caustique de Vienne, qui avaient été faites en prévision du cas où il aurait fallu pratiquer une ouverture, et l'on peut constater que la matité hépatique est encore un peu plus étendue qu'à l'état normal.

M. VOILLEMIER, dans les cas de kystes hydatiques du foie qu'il a eu à traiter, a obtenu la guérison au moyen de la ponction simple, après l'écoulement d'un liquide séreux; mais plus tard il y eut des récidives. Il pense qu'on doit s'attendre à une récidive sur le malade de M. Chassaignac, non pas, sans doute, dans le kyste même qui a été injecté, mais dans un autre point de l'organe. Il faut donc attendre encore avant d'admettre une guérison définitive.

M. ROBERT demande quelques détails sur les symptômes de la maladie et le traitement qui a été suivi.

M. CHASSAIGNAC répond qu'au commencement il ne savait pas si le kyste que présentait le malade était de nature hydatique; mais que, le voyant augmenter, il y fit une ponction exploratrice pour lever ses doutes. Il ne sortit pas d'hydatides, mais un liquide parfaitement transparent et non coagulable par la chaleur, ce qui constitue un signe pathognomonique des acéphalocystes. Huit jours après, M. Chassaignac pratiqua une nouvelle ponction, qui donna issue à une assez grande quantité de liquide semblable au premier; puis il fit une injection

composée d'un tiers de teinture d'iode et deux tiers d'eau avec un peu d'iodure de potassium. Après l'injection, la tumeur se reproduisit; pendant plusieurs mois il y eut de l'inappétence, des accès fébriles; mais enfin le malade alla mieux et finit par guérir, du moins peut-il être aujourd'hui considéré comme guéri.

M. ROBERT pense que les différences qui existent entre les kystes hydatiques du foie, les uns contenant une seule grosse hydatide, tandis que les autres en renferment des centaines de toutes les grosseurs, peuvent influer sur les résultats des traitements employés. Il ajoute que la ponction exploratrice aurait peut-être suffi sans l'injection pour amener la guérison.

Sur un malade qui lui était adressé par M. Legroux, M. Robert fit une ponction exploratrice, qui donna issue à un liquide transparent, légèrement salé, incoagulable par la chaleur et l'acide nitrique, caractéristique, en un mot, des kystes hydatiques. En conséquence, M. Robert était décidé à traiter ce malade par la méthode de Récamier; mais il quitta l'hôpital par crainte du choléra, qui régnait alors. Il revint un an après, sa tumeur n'avait pas reparu, et, après plusieurs années, la guérison ne s'est pas démentie. Depuis cette époque, M. Robert a observé un fait semblable sur une femme; M. Cruveilhier en a rapporté un autre.

Dans ces différents cas, si les kystes s'étaient remplis, qu'aurait-il fallu faire? L'injection iodée. Mais la guérison ne peut avoir lieu que par adhérence des parois de la cavité; et s'il existe plusieurs poches hydatiques, celles qui n'ont pas été touchées par le trocart empêchant le rapprochement des parois, la guérison ne peut avoir lieu malgré l'injection iodée. Il faut donc être très-réservé quand il s'agit d'admettre une guérison radicale.

M. GIRALDÈS demande si on a fait l'examen microscopique du liquide trouvé chez le malade de M. Chassaignac. Cet examen aurait seul pu démontrer l'existence des hydatides en montrant soit les hydatides elles-mêmes, soit au moins les crochets, qui ne manquent jamais.

M. CHASSAIGNAC n'a pas fait l'examen microscopique des liquides, mais il ajoute à ce qu'il a déjà dit que le liquide de la seconde ponction était très-légèrement albumineux.

M. RICHARD regarde comme certain qu'on peut guérir les kystes hydatiques par l'injection iodée. Indépendamment des faits rapportés par M. Aran, il en cite un qui lui est propre. Une femme était affectée d'une poche hydatique énorme du foie; il l'évacua à l'aide de la ponc-

tion, et fit une injection iodée. La malade guérit; mais quelques mois après elle revint avec une tumeur grosse comme le poing dans le lobe droit du foie. La ponction pratiquée dans cette tumeur fournit un liquide transparent et contenant des crochets. M. Richard, qui s'occupait alors des injections alcooliques, injecta 12 grammes d'alcool, qu'il laissa dans le kyste; il survint des symptômes inflammatoires qui n'eurent rien d'alarmant; la tumeur se développa, puis elle se mit à diminuer, et la guérison fut complète.

M. BOINET répond à ce qu'a dit M. Robert sur la curabilité des kystes hydatiques par l'injection iodée, qu'il ne sait pas comment se fait la guérison, mais qu'il l'a plusieurs fois obtenue. Dans ces cas, l'injection iodée ne produit aucun symptôme fâcheux, la tumeur disparaît et le malade revient à la santé ; M. Boinet ne sait pas si plus tard il y a eu des récidives, mais toujours est-il qu'il y a eu des guérisons. La récidive peut, du reste, être plus apparente que réelle. S'il existe plusieurs kystes, ceux qui n'ont pas été injectés se développeront plus tard et feront croire à une récidive.

Enfin M. Boinet ajoute que l'accolement des parois n'est pas nécessaire pour la guérison. Elle se fait par retrait et froncement de la membrane kystique. Dans une autopsie faite dans le service de M. Briquet, il a trouvé la membrane d'uu kyste, qui avait été opéré, revenue sur elle-même, et renfermant encore des débris d'hydatides.

M. GUERSANT a opéré quatre fois des kystes hydatiques sur des enfants. Il les a toujours ouverts au moyen du caustique de Vienne, et n'a obtenu la guérison qu'après l'évacuation complète des acéphalocystes, évacuation toujours longue, qui était favorisée par les secousses de la toux, les efforts, et que l'on aidait en faisant des injections, et en retirant, à l'aide de pinces, les débris qui pouvaient se présenter.

M. VERNEUIL s'élève contre l'emploi des caractères chimiques du liquide, comme signe diagnostic des kystes hydatiques. En effet, ce liquide, qui ne se coagule pas dans les premiers temps, peut plus tard devenir coagulable, sa coagulation n'est donc pas une raison de repousser l'idée d'hydatides. Le seul signe pathognomonique est la présence de l'animal, ou de ses crochets dans le liquide, et il est toujours facile de les trouver quand ils existent. Dans un liquide provenant d'un kyste hydatique, et qui paraissait clair comme de l'eau de roche, M. Verneuil a vu se former un dépôt granuleux parfaitement visible, ressemblant à une couche de grains de semoule transparente, dont chaque grain était un échinocoque ; les crochets aussi étaient bien visibles. Dans

les cas où la ponction a amené la guérison, tous les échinocoques avaient été évacués, et il ne restait que la membrane; il n'est même pas impossible qu'elle ait disparu, et l'ouverture du kyste n'aurait peut-être pas fait plus, car on ne parvient pas toujours à enlever la totalité de la poche.

M. Verneuil ajoute que les kystes hydatiques du foie sont souvent multiples; pour lui, il en a vu trois ou quatre dans le même organe, jamais plus. Dans ce cas, la récidive doit nécessairement arriver.

M. BOINET n'hésite pas à regarder comme un signe de kyste hydatique la présence d'un liquide clair comme de l'eau de roche et non coagulable. Suivant lui, la guérison a lieu après l'injection parce que le liquide injecté détruit les acéphalocystes, qui sont ensuite résorbés; mais si on a fait une ouverture permanente, il faut que tout soit enlevé avant que la guérison puisse arriver.

M. DEMARQUAY avait, il y a huit mois, opéré, dans le service de M. Monod, un kyste hydatique de la cuisse. La ponction avait donné issue à des hydatides, et avait été suivie d'une injection iodée. Le malade, qui était sorti de la maison de santé dans un état satisfaisant, revint dernièrement avec sa tumeur, qui s'était reproduite. Sous la partie superficielle, qui était fluctuante, on sentait une portion dure qui fit décider l'extirpation de la tumeur.

M. Demarquay essaya l'emploi de l'amylène, qu'il fit respirer sur une compresse roulée en cornet, dont la base enveloppait la bouche et le nez; mais au bout de seize minutes, il n'y avait aucun effet sensible, quoiqu'il y ait eu 80 grammes d'amylène d'employés, et il fallut recourir au chloroforme. Avant de procéder à l'opération, M. Demarquay fit une ponction exploratrice, qui donna issue à du pus mêlé d'hydatides; alors il se contenta d'agrandir l'ouverture et de vider la tumeur. La base dure, qu'on avait sentie, était formée par une accumulation d'acéphalocystes rassemblés à la partie déclive. Les hydatides étaient vivantes, quoique plongées dans le pus.

M. CHASSAIGNAC fait observer que, chez son malade, l'amélioration de la santé générale peut faire espérer une guérison définitive.

M. LARREY, avant de clore la discussion sur les kystes acéphalocystes, invite M. Chassaignac à présenter de nouveau son malade à la Société, lorsqu'il jugera qu'un laps de temps assez long s'est écoulé pour confirmer la guérison.

J'ajouterai, pour ma part, dit M. Larrey, qu'ayant observé assez

peu de ces kystes, j'en ai cependant rencontré un qui me paraît pouvoir être indiqué à ce propos. Voici le fait :

Un militaire était entré au Val-de-Grâce en 1853 pour une tumeur de la hanche droite, siégeant au niveau même du grand trochanter, attribuée à une cause mécanique déjà ancienne, parvenue à peu près au volume du poing, doublée de parois épaisses, et offrant une fluctuation profonde tout à fait indolente. Le diagnostic douteux de cette tumeur m'engagea à y faire une ponction exploratrice, d'où s'écoula un liquide incolore, transparent comme l'eau la plus pure, et reconnu ensuite incoagulable par l'analyse chimique. C'était donc un kyste acéphalocyste ; mais après cette simple ponction, il se reproduisit promptement. Une ponction nouvelle, suivie d'une injection iodée, donna lieu à une inflammation non pas adhésive, mais suppurante, qui me décida aussitôt à ouvrir la poche par une large incision. Le kyste se présenta de lui-même sur les bords de la plaie, d'où il fut détaché sans peine et tout d'une pièce. Ses parois étaient d'une épaisseur considérable, et son fond contenait une masse d'hydatides tassées ensemble. La cicatrisation s'effectua ensuite sans incident notable.

De ce fait et de bien d'autres, connus plus spécialement de M. Boinet, nous pourrions conclure que l'injection iodée des kystes acéphalocystes n'assure pas la guérison par une inflammation adhésive, si elle ne tend même à provoquer une inflammation suppurative.

Amylène.

M. GIRALDÈS revient sur l'emploi de l'amylène dans l'observation de M. Demarquay, qui a usé sans résultat 80 grammes de ce liquide; il demande comment il l'a employé.

M. DEMARQUAY répond qu'il employait, comme pour le chloroforme, une compresse ou cornet renfermant une éponge sur laquelle on versait le liquide. Le malade a respiré pendant seize minutes les vapeurs amyléniques, sans éprouver autre chose qu'un léger engourdissement.

M. GIRALDÈS fait observer qu'en s'y prenant de la sorte, l'amylène, qui est très-volatil, disparaissait à mesure qu'on le versait ; c'est ce qui est arrivé dans une expérience de M. Rigaud. En employant un appareil convenable, l'anesthésie aurait été facilement obtenue.

M. VOILLEMIER a employé l'amylène sur dix malades, et toujours avec succès ; la plus longue durée de l'amylénation a été de onze minutes : il employait un cornet dans lequel il plaçait une boulette de charpie pour recevoir le liquide. Sur une femme, l'anesthésie est arrivée en une minute et demie ; sur cette même malade, le chloroforme

l'avait produite en une minute. Les phénomènes observés ont été les mêmes qu'avec le chloroforme.

Trois fois M. Voillemier a expérimenté l'amylène sur lui-même ; il n'a presque pas senti l'odeur de la substance en la respirant, et les sensations qu'il a éprouvées étaient les mêmes qu'avec le chloroforme. Le résultat s'obtient plus vite quand on emploie un appareil.

M. GIRALDÈS signale l'importance, dans les expérimentations, de connaître le degré d'ébullition de l'amylène qu'on emploie. Celui qui bout à 50° a peu d'odeur, et produit peu d'effet ; il en est tout autrement s'il bout à 39°. Plus le point d'ébullition est bas, plus l'amylène a d'odeur et plus il est actif. Mais il est important, à cause de sa volatilité, de l'employer dans un appareil fermé, et le meilleur est celui dont on se servait pour l'éther.

M. ROBERT partage l'opinion de M. Giraldès. Pour obtenir un bon résultat, il faut :

1° Employer un bon appareil ;

2° Accélérer les inhalations.

On doit prolonger l'amylénation lorsque l'opération a quelque durée, parce que les effets de l'amylène cessent promptement. Une fois, il a fallu à M. Robert une demi-heure pour obtenir l'anesthésie ; mais généralement il suffit d'une ou deux minutes. L'insensibilité et la résolution sont moins complètes qu'avec le chloroforme, et se dissipent plus vite. Dans un cas d'extirpation de glande mammaire, l'action a duré huit minutes ; dans une opération de calcul vésical, elle dura un quart d'heure, mais il fallut prolonger les inhalations.

A peine l'opération terminée, l'intelligence revient très-vite ; la sensibilité ne reparaît que plus tard.

M. VOILLEMIER a observé, chez un malade, un accès de toux en commençant les inhalations. La plupart des malades reprennent de suite leur intelligence ; mais il a vu un enfant rester quatre ou cinq minutes dans un état d'ivresse. Il a toujours été effrayé par la rapidité avec laquelle l'insensibilité arrive quand on emploie de fortes doses.

M. CHASSAIGNAC, en employant l'amylène sur une éponge placée dans une compresse, n'a obtenu aucun résultat, bien qu'il ait prolongé les inhalations pendant une demi-heure, et employé plus de 80 grammes d'amylène.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit le tome XIXe de la collection générale des *Dissertations de la Faculté de médecine de Strasbourg*, année 1856.

Une lettre de remerc'ments sera adressée à M. le doyen de la Faculté.

— M. Sistach, médecin aide-major au 12e de ligne, adresse une observation de *tumeur volumineuse de la cuisse de nature douteuse ayant nécessité la ligature de l'artère fémorale, et causé la mort quatre mois après.* (Commission : MM. Larrey, Guérin, Morel-Lavallée.)

— M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Achard (de Saint-Marcellin), une brochure intitulée *Note sur un nouveau mode de pansement des plaies*, que l'auteur appelle *méthode attractive*, d'après un terme usité anciennement, les *attractifs*, par A. Paré lui-même. Ce mode de pansement, qui a pour base les résines combinées avec les corps gras, soit sous forme unguentaire, soit sous forme emplastique, a été essayé utilement dans quelques cas au Val-de-Grâce, mais il aurait besoin d'être expérimenté davantage.

RAPPORT.

M. BOINET, au nom d'une commission composée de MM. Broca, Verneuil et lui, lit un rapport sur deux cas d'hydrocéphales congénitaux.

Rapport sur deux cas d'hydrocéphales congénitaux, dont l'un a été traité et guéri par l'injection iodée.

Si en médecine ou en chirurgie on peut nuire en agissant, on peut également nuire en n'agissant pas, et tel est le cas de l'hydrocéphalie. Cette affection, qui malheureusement est loin d'être rare parmi les vices de conformation congénitaux, a toujours été considérée comme au-dessus des ressources de l'art, l'évacuation naturelle ou artificielle du liquide entraînant des accidents presque toujours mortels. L'opinion générale-ment admise est que, tant qu'il n'y a pas d'accidents imminents, on doit s'abstenir de toute opération, attendant pour agir que la mort soit prochaine, et encore, dans cette dernière circonstance, on n'agit pas dans le but de guérir (la guérison est regardée comme impossible), mais dans le but de prolonger la vie, en pratiquant une ponction, ou en faisant des ponctions successives. Cette manière de voir nous paraît trop absolue; quelques faits publiés dans les auteurs nous empêchent de l'accepter, et l'observation d'hydrocéphalie guérie par l'injection iodée, que M. le docteur Tournesko (de Bucharest) a adressée à la Société de chirurgie, doit nous faire espérer qu'un certain nombre de cas d'hydrocéphales trouveront un moyen de guérison dans les injections iodées. D'ailleurs cette affection est-elle absolument incurable sans les

injections iodées? Nous ne pouvons l'admettre, à moins de rejeter comme faux le succès des opérations consignées dans les observations de divers auteurs : dans celles de Sam-Vosa, qui ponctionne à trois reprises différentes la tumeur, de Hallbrouck, de Syme (1) ; ainsi qu'un fait rapporté dans *The London medical Review* (january 1846), et un autre dans le *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris* (séance du 20 juin 1850) par notre collègue M. Chassaignac. Sur sept cas d'hydrocéphale traités par la ponction, Adams aurait réussi cinq fois. A chaque ponction la quantité de liquide diminuait, et la tumeur finissait par se réduire au volume d'une noix, et n'était plus alors constituée que par des parties solides. D'autres faits de guérison d'hydrocéphales par la ponction sont encore consignés dans la *Gazette des Hôpitaux* (2). Dans l'un de ces faits, qui appartiennent à M. Bédor (de Troyes), la ponction fut pratiquée neuf fois, dans l'espace de quatre mois, sur un enfant de quatorze mois. La première ponction avait donné issue à un litre de sérosité. Graefe a également obtenu un succès sur un enfant de quatre mois qu'il a ponctionné onze fois dans une année. Cet enfant, qui était bien portant, fut présenté à l'âge de deux ans et demi à la Société de médecine de Berlin (3).

En 1837, le docteur Hofhing en rapporte un cas, dont la guérison fut due à une cause assez singulière : à une fracture du crâne. L'enfant était âgé de cinq ans. Pendant huit jours l'écoulement du liquide fut assez abondant, et diminua ensuite peu à peu. Deux ans après cet accident, la santé de l'enfant était excellente (4).

M. Conquest (de Londres) a publié en 1838 (5) dix-neuf observations d'hydrocéphales traitées par la ponction, sur lesquelles il aurait obtenu neuf guérisons. Chez un enfant de deux mois et demi, la ponction fut répétée quatre fois en un mois, et la guérison la plus complète fut obtenue par le docteur Kilgour (d'Edimbourg).

De son côté, le docteur West a publié dans le *London medical Gazette* un mémoire renfermant 56 cas d'hydrocéphale traités par la ponction. Dans plusieurs cas, cette opération a procuré des guérisons radicales.

Enfin, M. Monod (6) compte aussi un succès par la ponction chez un

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. X, p. 456.
(2) *Gaz. des Hôp.*, n° 39, p. 156 ; n° 147, p. 488. — 1831.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1832, t. XXVIII.
(4) *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. XV.
(5) *Gaz. des Hôp.*, 16 mai 1840, p. 230.
(6) *Gaz. des Hôp.*, 3e série, t. II, n° 115, p. 458.

enfant de quatorze mois. Le fait de M. Chassaignac est surtout curieux à cause des circonstances qui l'ont accompagné. Ce chirurgien, croyant avoir affaire à un kyste du cuir chevelu, ouvrit une hydrocéphale ; il ne reconnut son erreur qu'au moment où, en exerçant une forte traction sur les parois de la poche, il vit apparaître de la substance cérébrale, entraînée par les parois de cette poche, qui n'était autre que la dure-mère elle-même. Il craignait que cette fâcheuse méprise n'eût les conséquences les plus graves, mais ses appréhensions furent trompées ; tout s'est borné à une suppuration de quelques semaines, après lesquelles le rétablissement a été complet. Six mois après cette opération, tout portait à croire que la guérison était définitive.

Ces succès ne seraient-ils pas plus apparents que réels, plus passagers que définitifs, et autorisent-ils, dans les cas d'hydrocéphalie, à pratiquer la ponction ? Quant à la réalité des guérisons obtenues par la ponction, elle est indubitable ; malheureusement elles sont très-rares, relativement au grand nombre d'individus hydrocéphales ; mais cette rareté dans le succès est-elle une raison pour ne rien tenter et pour abandonner les malades à eux-mêmes ? Nous pensons, au contraire, que c'est dans les maladies où les guérisons sont les plus rares, dans celles où l'on n'a rien à perdre, qu'il est permis, qu'il est même recommandé d'expérimenter les nouvelles méthodes.

Un fait qui ressort des cas d'hydrocéphales guéris, c'est qu'il est important de chercher à établir une distinction entre les cas curables et ceux qui ne le sont pas. Ainsi, on peut dire *à priori* que la guérison est rare, très-rare, peut-être impossible, dans les hydrocéphalies aiguës, congénitales, dans celles où l'hydropisie siége dans les ventricules du cerveau, parce que ces cas coïncident presque toujours avec une altération de cet organe ; qu'elle est possible, et qu'elle a été observée lorsque l'hydropisie de l'arachnoïde ne se propage pas aux ventricules cérébraux et qu'elle est bornée à la partie de cette membrane séreuse en rapport avec les hémisphères ; lorsqu'elle permet aux enfants de vivre pendant plusieurs mois, qu'elle se forme lentement et graduellement ; en un mot, quand elle passe à l'état chronique, qu'elle soit congéniale ou acquise : dans ces cas, l'opération est indiquée et doit être pratiquée malgré les succès qu'elle fournit.

S'il y a pour certains cas d'hydrocéphale impossibilité radicale de guérir, il y en a d'autres où l'impossibilité tient peut-être à l'imperfection des moyens employés ; et si l'on en trouvait qui fussent inoffensifs en même temps qu'ils offriraient des chances de réussite, il faudrait s'empresser d'y recourir. Les injections iodées semblent offrir ces

chances de succès. L'observation qui vous a été adressée par notre honorable confrère M. Tournesko est un exemple remarquable d'hydrocéphale guérie par l'injection iodée. Déjà M. Brainard, président du collége médical de Chicago (Illinois), les avait appliquées pour guérir cette maladie. Comme ces deux faits sont les seuls connus dans la science, et qu'ils sont intéressants sous plusieurs rapports, nous croyons devoir les rapporter avec tous les détails donnés par les auteurs, afin que la Société puisse se former une opinion sur la valeur de la méthode employée.

Voici l'observation qui vous a été adressée par M. Tournesko, par l'entremise de notre collègue M. Broca.

« Ce qu'en France et en Angleterre, et peut-être aussi en Allemagne, on n'a pas encore osé faire, je viens de le tenter ici, à Bucharest, avec un succès qui paraît être jusqu'à ce moment des plus beaux; je veux parler de l'*injection iodée* dans la cavité crânienne. Voici le fait :

» Chirurgien de l'hôpital civil de Koltsa, à Bucharest, j'ai eu l'occasion d'opérer pendant les deux derniers mois, en présence de mes confrères les docteurs Polyzo, médecin en chef de l'hôpital de la Philanthropie, et Georganta, médecin des prisons de Bucharest, deux enfants d'hydrocéphale congénitale.

» Le premier enfant ne présente rien de remarquable. Il était âgé d'un an; il ne voyait pas; il ne remuait qu'à peine ses membres inférieurs, frappés d'atrophie et presque insensibles; la périphérie occipito-frontale de sa tête était de 59 centimètres. Après une première ponction et la sortie de 10 onces de sérosité, la tête, malgré la compression que j'ai pratiquée aussitôt après l'opération, ne tarda pas à reprendre (en vingt-quatre heures) son volume primitif. Trois jours après la première ponction j'en ai fait une seconde, j'ai tiré la même quantité de liquide et j'ai eu presque le même insuccès, puisque trois jours plus tard la sérosité remplit de nouveau l'intérieur du crâne, qui ne m'offrit que 1 centimètre et demi de diminution dans sa circonférence. C'est alors que j'ai songé à une injection de teinture d'iode; mais la mère, découragée, ne voulut plus soumettre son enfant à une nouvelle tentative, et partit pour son village avec son fils, du reste bien portant.

» Le second hydrocéphale n'avait, lors de l'opération, que deux mois à peine, et sa tête me donna 56 centimètres et demi de circonférence. A la première ponction, je n'ai laissé s'écouler que 11 onces de sérosité. Vingt-quatre heures plus tard, le liquide remplissait complétement le crâne; une nouvelle ponction fut pratiquée le surlendemain, et cette

fois j'ai tiré tout ce que j'ai pu de liquide de la cavité crânienne, c'est-à-dire 24 onces de sérosité, et immédiatement après j'ai fait une injection de teinture d'iode. L'enfant pâlit et poussa plusieurs cris. Les jours suivants il eut de la fièvre et une constipation contre laquelle je n'ai prescrit que le calomel. Dix jours plus tard la fièvre cessa, et le vingt-troisième jour après l'injection iodée, l'enfant fut présenté par sa mère devant MM. les docteurs Arsaki, éphore des hôpitaux civils de la principauté de Valachie, et le proto-médicus Goussy, et sa tête mesurée ne donna que 44 centimètres de circonférence, circonférence normale à peu de chose près, puisque la tête des enfants du même âge bien conformés oscille, d'après mes propres mensurations, entre 41 et 43 centimètres. Quinze jours après cet examen, la tête me donna la même périphérie, et l'enfant, sauf une légère bronchite, jouit d'une santé parfaite.

» Voici maintenant quelques détails relatifs à la ponction ainsi qu'à l'injection iodée:

» 1° Le trocart dont je me suis servi était d'un très-gros calibre;

» 2° Je l'ai introduit à une profondeur de 5 centimètres et demi;

» 3° J'ai ponctionné la partie latérale de la suture fronto-pariétale, comme le point le plus rapproché des ventrioules.

» 4° La direction de ma ponction a fait un angle de 45 degrés avec l'horizon.

» 5° Le liquide injecté était ainsi composé: teinture d'iode, 12 gram., eau distillée, 24 gram. J'ai injecté le tout, et je n'ai retiré que la huitième partie, après avoir remué en différents sens la tête de l'enfant.

» Cette lettre a été écrite le trente-huitième jour après l'opération. Si l'on peut établir une analogie entre l'hydrocèle et l'hydrocéphale traitées par le même agent irritant, il est permis de considérer la diminution de la tête de l'enfant comme définitive, quoiqu'une récidive au bout de trois ou même de six mois ne soit pas absolument impossible. Quoi qu'il en soit, cette tentative prouve d'une manière incontestable que l'introduction de la teinture d'iode dans une cavité aussi délicate que celle du crâne n'est pas nécessairement suivie d'accidents graves, et peut trouver ses applications dans bon nombre de cas. »

Comme le fait remarquer M. Tournesko, sa lettre a été écrite le trente-huitième jour après l'injection iodée dans le crâne; mais ce laps de temps est suffisant pour permettre d'espérer que la guérison sera radicale, si l'on peut établir une analogie entre l'hydrocèle et l'hydrocéphale traitées par le même agent irritant, quoiqu'une récidive au

bout de trois ou même de six mois ne soit pas absolument impossible. On remarque encore la diminution rapide de la tête, qui, mesurée le vingt-troisième jour après l'injection, avait diminué de 12 centimètres et demi. Les seuls phénomènes qui ont accompagné et suivi cette injection dans le crâne ont été la pâleur de l'enfant, plusieurs cris et une fièvre qui a duré dix jours; et un mois et huit jours après cette opération l'enfant jouissait d'une santé parfaite. Il serait important de savoir ce que deviendra cet enfant, et si la guérison se maintiendra. Notre collègue M. Broca, qui est en relation avec M. Tournesko, sera peut-être à même de nous donner plus tard quelques renseignements sur ce jeune malade.

Cette application de l'injection iodée au traitement de l'hydrocéphale n'est pas la première, comme semble le croire M. Tournesko; déjà M. Brainard, président du collége de Chicago (Illinois), vous a communiqué un cas d'hydrocéphale où il avait pratiqué sans accident et dans l'espace de sept mois 21 injections iodées ; seulement, dans ce cas, le résultat n'a pas été aussi favorable que dans celui de notre confrère de Bucharest, mais il faut ajouter que dans le cas de M. Brainard, l'hydropisie siégeait jusque dans les ventricules, ainsi que l'autopsie est venue le démontrer ; voici d'ailleurs cette intéressante observation, qui a été communiquée à la Société de chirurgie en 1854, et que j'ai rapportée avec tous ses détails dans mon *Traité d'iodothérapie*, à la page 141.

Le sujet était une petite fille de quatre semaines, très-faible, dont la tête avait 19 pouces de circonférence, au niveau des protubérances frontales et pariétales; les os du crâne n'étaient qu'imparfaitement formés. Du 13 octobre au 14 avril 1849, c'est-à-dire dans l'espace de sept mois, M. Brainard fit 21 injections iodées, contenant ensemble 6 grammes 25 d'iode, et 18 gr. 35 d'iodure de potassium. Dans les premières opérations, le chirurgien ne retira qu'une quantité de liquide égale (environ 2 gr. de sérosité) à la quantité de solution qu'il devait injecter. Dans la dernière, il retira des quantités de sérosité variant de 180 à 360 grammes, et injecta jusqu'à 30 grammes de liquide iodé. La première injection contenait 3 milligrammes d'iode, et 6 milligrammes d'iodure de potassium.

Dans aucun cas, ces injections, qui furent faites d'abord tous les quinze ou vingt jours, ensuite tous les cinq ou six jours, ne produisirent de douleur, excepté lorsqu'on perçait les téguments en faisant la ponction. A part la réaction, qui commençait douze à vingt-quatre heures après l'opération et durait de 48 à 72 heures, il n'y eut pas d'accidents. L'iode était rapidement éliminé par toutes les sécrétions,

et l'on n'en trouvait jamais de traces dans la sérosité encéphalique. Pendant la réaction, la tête était tendue, chaude; quand la chaleur diminuait, le volume de la tête diminuait aussi. Pendant les cinq premiers mois du traitement, la santé de l'enfant s'améliora d'une manière très-remarquable; la figure, qui dans le principe était maigre, s'arrondit; la peau de la tête prit l'aspect naturel et se couvrit de cheveux. L'enfant engraissa, et ses membres acquirent de la force.

Bref, l'enfant mourut avec les symptômes caractéristiques de la dernière période de l'hydrocéphale, engourdissement, somnolence. Pour diminuer ces symptômes, M. Brainard eut recours à deux ponctions sans injection iodée; ces ponctions procurèrent peu de soulagement, et eurent des suites plus graves que celles résultant de l'injection. La mort arriva le 14 mai 1850, à la suite de convulsions.

A l'autopsie, on trouva 1,200 grammes de sérosité limpide, presque entièrement contenue dans les ventricules. Il n'y avait qu'une légère couche à la surface du cerveau. Les circonvolutions des hémisphères cérébraux étaient effacées, et ceux-ci formaient une immense cavité, dont la surface interne n'était pas tapissée par une membrane. A la paroi inférieure de cette cavité était le plexus choroïde hypertrophié, et présentant l'apparence d'une agglomération de follicules muqueux plutôt que l'apparence normale de la membrane; entre le cerveau et le cervelet, il y avait un kyste du volume d'une petite prune. Au fond de ce kyste était une petite surface formée d'un tissu semblable sous tous les rapports au plexus choroïde de la grande cavité.

Si le fait de M. Brainard n'est pas un exemple de guérison complète, il prouve au moins, avec celui de M. Tournesko, l'innocuité des injections iodées, qui peut-être auraient eu un meilleur succès si les lésions graves qu'a révélées l'autopsie n'avaient pas existé. Ces deux faits, et celui de notre confrère de Bucharest surtout, n'en sont pas moins de nature à encourager à faire ces injections iodées dans les cas où l'hydropisie de l'arachnoïde ne se propagerait pas aux ventricules du cerveau, et où cet organe n'aurait subi aucune altération dans son développement.

Nous croyons donc pouvoir conclure de ces deux seuls faits que les injections iodées, faites avec les précautions nécessaires, sont non-seulement innocentes, mais efficaces dans le traitement de certaines hydrocéphalies, lorsqu'elles ne sont pas compliquées d'altération grave de la substance encéphalique.

La Société vote des remercîments à l'auteur, et décide que son observation sera insérée dans les *Bulletins*.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fractures compliquées des deux fémurs.

M. LARREY, à propos de la pièce anatomique d'une fracture compliquée du fémur présentée par M. Gosselin dans une précédente séance, montre deux fémurs récemment fracturés dans les circonstances suivantes :

Le 18 février, un soldat du 47ᵉ de ligne se précipite du haut des remparts de la forteresse de Vincennes. A en juger surtout d'après les lésions, il tombe sur les pieds. On le relève dans un état de commotion cérébrale intense, et après constatation d'une fracture compliquée des deux cuisses, le médecin-major le fait transporter le soir même au Val-de-Grâce.

A son arrivée à l'hôpital, le blessé n'a pas repris connaissance ; il reçoit les premiers soins du médecin de garde, et, le matin, nous le trouvons dans l'état le plus grave, mais assez revenu à lui pour nous autoriser à recourir au chloroforme, avec précaution, afin de lui épargner les douleurs d'une exploration nécessaire.

La cuisse droite présente à la face antérieure de son tiers inférieur une plaie de 3 centimètres environ, en rapport avec le foyer d'une fracture comminutive et avec une ouverture de l'articulation du genou. La cuisse gauche offre aussi au même niveau une plaie contuse, avec fracture du fémur et épanchement dans l'articulation.

La réduction de la fracture est facile du côté droit, mais difficile du côté gauche ; elle aurait été impossible sans l'anesthésie. Elle ne peut d'ailleurs être maintenue régulièrement sur le double plan incliné auquel on assujettit les deux membres rapprochés l'un de l'autre, et recouverts de fomentations réfrigérantes.

Des émissions sanguines locales et générales, et quelques soins secondaires dirigés contre les accidents cérébraux, ne peuvent en arrêter l'aggravation, et le malade meurt le 22 février, au quatrième jour de l'accident.

L'autopsie faite par M. Lhonneur, aide de clinique, ne démontre cependant aucune lésion notable du cerveau ou de la moelle. Une congestion assez intense existe dans les poumons, et une déchirure superficielle se montre à la face supérieure du foie. Les autres viscères abdominaux sont intacts.

Quant aux membres fracturés, celui du côté droit fait découvrir au-dessous de la plaie des téguments une double perforation de l'aponé-

vrose fémorale, à travers laquelle passe un fragment osseux complétement détaché du corps du fémur ; puis une vaste déchirure du muscle triceps, et enfin le fémur complétement broyé ou réduit en fragments multiples dans l'étendue de 6 centimètres environ de son tiers inférieur, avec séparation des deux condyles.

L'articulation du genou est largement ouverte, et la rotule, trouée par une esquille à sa face postérieure, offre une fracture verticale incomplète. Le calcanéum du même membre, écrasé dans sa moitié antérieure, et un épanchement sanguin dans les articulations de la première rangée du tarse, confirment l'indication de la chute sur les pieds, quoiqu'il n'y ait point d'épanchement dans l'articulation tibio-tarsienne.

Le membre gauche présente d'abord une plaie un peu plus large que celle de la cuisse droite, et une attrition profonde des muscles, avec détritus et ramollissement pulpeux de leur substance. Le fémur, fait assez rare, est nettement brisé en rave, à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur de cet os. Il offre, de plus, une fracture du col d'une espèce peu fréquente aussi ; c'est une fracture absolument intra-capsulaire, presque verticale, avec contusion manifeste et séparation à peu près complète de la tête fémorale.

L'articulation du genou, sans avoir été ouverte, est le siége d'un épanchement de sang qui soulève la rotule brisée en morceaux. Un épanchement semblable existe dans l'articulation tibio-tarsienne, mais sans autre fracture.

Toutes les surfaces articulaires des deux membres sont, enfin, injectées par la violence des contusions; mais, de chaque côté, les artères sont restées saines au milieu de l'attrition des muscles et du broiement de l'un des fémurs.

— M. MOREL-LAVALLÉE présente une pièce de sacro-coxalgie recueillie sur une femme phthisique, et chez qui la maladie débuta après un accouchement. Les signes furent une douleur dans la hanche et beaucoup de symptômes semblables à ceux de la coxalgie.

M. LARREY. La pièce anatomique présentée par M. Morel-Lavallée se rapporte à une affection rarement observée sans doute dans les hôpitaux civils, car c'est à peine si les auteurs des traités de chirurgie en disent quelques mots. M. Laugier a cependant rédigé un article de dictionnaire sur la *sacro-coxalgie*, et M. Nélaton l'a décrite dans son ouvrage, mais surtout d'après un travail publié en Allemagne par Hahn, qui avait observé trois cas de cette maladie.

Elle n'est pas rare, au contraire, dans les hôpitaux de l'armée, sans

avoir été jusqu'à ces derniers temps l'objet d'une étude spéciale. Mon père l'avait signalée trop sommairement dans sa clinique chirurgicale; mais les différents faits que j'ai eu occasion de voir depuis bon nombre d'années au Val-de-Grâce ont particulièrement fixé mon attention. Trois de ces observations recueillies à notre clinique par M. Hattute pendant l'année 1851, et jointes à d'autres, lui ont fourni les matériaux d'une thèse assez complète sur l'*artropathie sacro-iliaque.*

Tumeur fibreuse de l'utérus extirpée au moyen de l'écraseur linéaire. — M. DEMARQUAY présente une tumeur fibreuse de l'utérus qu'il a enlevée après l'avoir sectionnée à l'aide de l'écraseur linéaire. La tumeur était attirée au moyen d'érignes; il passa sur elle la chaîne de l'écraseur, qu'il poussa le plus haut possible, et en détacha ainsi une portion. Le reste fut ensuite enlevé facilement à l'aide de pinces de Museux.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

RAPPORT

Sur le Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel de M. le docteur SILBERT, d'Aix;

Par M. LABORIE, ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté de Paris.

(Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 12 novembre 1856.)

Vous nous avez chargé de vous faire un rapport sur un ouvrage imprimé de M. le docteur Silbert. Cet ouvrage est intitulé *Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel, comprenant son histoire, ses indications, l'époque à laquelle on doit le pratiquer, et le meilleur moyen de le déterminer.*

Comme vous en pouvez juger, messieurs, par la rigoureuse reproduction du titre adopté par M. Silbert, l'honorable auteur a imprimé au fronton de son œuvre un programme bien complet. Ne reculant devant aucune des difficultés de son sujet, il a pensé pouvoir, dans une brochure de 120 pages, exposer, élucider et juger toutes les questions si délicates, si controversées qu'il présente à chaque pas.

Ayant accepté la tâche que vous nous avez confiée, nous avons lu et

relu avec le soin le plus attentif le travail de M. Silbert, et nous venons vous faire part de nos impressions, sinon avec toute l'autorité désirable, tout au moins avec toute la sincérité dont nous ne saurions jamais nous départir.

Le traité dont nous rendons compte est divisé en trois parties.

La première est consacrée à la définition et à l'histoire de l'accouchement prématuré artificiel;

La seconde comprend les indications et les contre-indications;

La troisième enfin comprend l'étude des procédés opératoires et un résumé des principes qui doivent servir de règle au praticien.

Nous suivrons l'auteur dans la division qu'il a choisie.

Première partie. Chap. Ier. *Définition de l'accouchement prématuré artificiel.* — M. Silbert ne donne le nom d'accouchement prématuré artificiel qu'à celui pratiqué lorsque la gestation est assez avancée pour que le produit soit viable. Il repousse avec raison le nom d'accouchement forcé, et pour éviter toute confusion, il a soin d'éloigner aussi de sa définition le nom sous lequel on a également désigné l'opération, à savoir, celui d'*avortement provoqué*.

Si jamais opération a dû prendre rang dans le domaine de l'obstétrique, c'est sans doute celle qui permet, dans certains cas, de hâter le moment de la délivrance. Pour se guider dans cette voie difficile, le praticien ne peut moins faire que d'imiter les nombreux faits que la nature s'est chargée seule, et sans secours, de donner pour exemples. Parmi les observations les plus concluantes, nous rappellerons celle publiée en 1838 par Fodéré (*Journ. de la Soc. des sciences, arts et agriculture du Bas-Rhin*). M. Silbert la cite avec raison comme essentiellement probante.

Dans les quelques lignes consacrées à l'appréciation différentielle des divers procédés employés pour terminer un accouchement à terme lorsqu'il est entravé par des difficultés dont la source se trouve dans la structure de la mère, M. Silbert, tout imbu de la bonté de la cause, passe avec une légèreté regrettable sur la valeur plus ou moins contestable des moyens proposés. Nous reviendrons sur ce sujet.

Chap. II. *Historique.* — C'est en 1642 que se trouve la première indication formulée de recourir à l'accouchement provoqué avant terme, et c'est seulement pour les cas de métrorrhagie.

Louis Bourgeois et Jacques Guillemeau donnaient le conseil de le provoquer par l'introduction successive des doigts et de la main en totalité, pour extraire le fœtus par la version.

En 1743 (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*), dans un *Mémoire*

sur les pertes de sang qui surviennent aux femmes grosses, nous voyons Puzos s'élever contre l'accouchement forcé, et procéder, lorsqu'il devenait indispensable de déterminer la déplétion de l'utérus, à des manœuvres dont le but était de provoquer les contractions de l'utérus, et par conséquent de ramener autant que possible l'accouchement à ses conditions normales. Cet intéressant travail de Puzos est tout un manifeste dirigé contre l'accouchement forcé.

Ainsi, après avoir établi, en parlant de cette opération, que l'on aurait à se reprocher de ne pas s'être servi d'un moyen qui est recommandé par les meilleurs auteurs et que l'usage autorise journellement, il ajoute que le principe de l'accouchement forcé étant admis, « ce » secours, tel qu'il est, ayant encore de grands inconvénients et ne » nous mettant pas à l'abri du malheur de voir périr presque autant » de mères et d'enfants que nous en échappons par cette opération tant » recommandée, j'ai cru devoir chercher dans les différentes façons de » pratiquer ces accouchements de nécessité une méthode qui les ren- » dît moins dangereux, et qui pût épargner aux gens dévoués à cet » art la douleur de voir périr si fréquemment des femmes deux heures » ou une heure après des accouchements très-heureux en apparence » jusqu'à ce moment. »

Puzos expose avec un véritable talent les raisons qui doivent imposer aux praticiens l'intervention dans les cas de pertes produites par des décollements du placenta. Il fait ressortir avec une sagacité pratique remarquable l'influence des douleurs sur la quantité de sang perdu et sur les suites de l'accouchement. Permettez-nous encore cette citation : « Ayant été souvent mandé pour secourir des femmes en perte » de sang au moment d'accoucher, j'ai remarqué que celles qui avaient » des douleurs assez fortes pour laisser agir la nature dans un tra- » vail qui promettait de la célérité perdaient moins de sang que celles » dont les douleurs étaient lentes ; que l'augmentation des douleurs » devenait un moyen pour arrêter ou suspendre la perte avant la fin » du travail, et j'ai éprouvé que ces femmes accouchaient très-heu- » reusement, et que rarement les suites funestes attachées à l'accou- » chement forcé venaient troubler le succès de ces opérations natu- » relles. »

Vous voyez, messieurs, tout ce qu'il y a de raison dans ces quelques lignes. Je vous ferai d'abord remarquer l'heureuse expression que Puzos emploie pour désigner l'accouchement provoqué : il le nomme accouchement de nécessité. Il n'y a pas d'objection possible avec cette désignation, et les plus énergiques adversaires de l'accou-

chement provoqué ont bien été forcés d'admettre un accouchement de nécessité, puisque notre grand accoucheur, Baudelocque lui-même, le pratiquait dans les cas de métrorrhagie.

Vous pouvez juger combien la place que Puzos occupe dans l'historique de cette opération est grande. Nous louons fort M. Silbert d'avoir rendu justice à cet auteur en disant qu'il fut le véritable inventeur de l'accouchement prématuré artificiel. Et quand on a voulu le déposséder de cette gloire en prétendant qu'il ne faisait que l'accouchement forcé, on n'a sans doute pas lu le mémoire dont nous parlons, et surtout on n'a pas lu le parallèle qu'il fait entre l'accouchement naturel et l'accouchement forcé; c'est un chapitre bien fait, très-condensé, et qui mériterait d'être reproduit. Nous regrettons que M. Silbert ne se soit pas plus étendu sur cette partie de son historique.

Disons seulement que les procédés conseillés par Puzos étaient insuffisants; mais le principe était exposé tout entier, et tel qu'on n'avait plus rien à y ajouter.

Nous ne suivrons pas plus loin M. Silbert dans la partie historique de son travail; elle n'offre rien de nouveau.

Dans le troisième chapitre sont exposées et discutées les objections élevées contre l'emploi de l'accouchement prématuré artificiel; l'auteur les range sous quatre chefs :

1° Difficultés des indications;

2° Incertitude de l'époque à laquelle il faut pratiquer l'opération;

3° Dangers de l'opération, résultats qu'on en obtient, suites qu'elle peut avoir;

4° Immoralité qu'il peut y avoir à la pratiquer, et abus qu'on pourrait en faire.

1° *Difficultés des indications.* — Rien de plus délicat que l'appréciation rigoureuse des règles à suivre dans les cas d'angustie pelvienne. Sur ce terrain, les objections faites ont une grande valeur, et M. Silbert nous paraît avoir peut-être trop écourté cette partie de son sujet.

Les adversaires de l'accouchement prématuré artificiel pouvaient surtout appuyer leurs objections sur des faits tout à fait inattendus, et nous comprenons, dans une certaine limite toutefois, la force du raisonnement de Mahon, lorsqu'il dit « que la nature ou le principe de » vie a dans l'homme des ressources dont on n'a pas d'idée »; et c'est de la part de M. Silbert une réponse trop magistrale que celle qu'il oppose à la phrase que nous venons de citer, lorsqu'il dit : « Que peut, » hélas! le principe de vie contre les décisions du pelvimètre! »

Ce qui peut être vrai dans les cas extrêmes devient quelquefois

complétement erroné dans des circonstances qui paraissaient cependant ne pouvoir laisser aucun doute sur l'impossibilité d'une terminaison heureuse de l'accouchement. Nous suivrons, du reste, M. Silbert dans les développements qu'il donne à cette question.

2° *Incertitude de l'époque à laquelle il faut pratiquer l'opération.*— Dans quelques lignes consacrées à la réfutation de cette objection, M. Silbert reconnaît ce qu'elle a de fondé ; mais, en raison de l'utilité réelle de l'opération, *il faut*, dit-il, *prendre son parti des difficultés qui lui sont inhérentes.*

3° *Dangers de l'opération; ses résultats et ses suites.* — A l'aide de chiffres empruntés à MM. Mely, Stoltz, Macaulay, Ramsbotham, etc., l'auteur démontre le peu de valeur des attaques formulées par Baudelocque, Capuron et Dugès. Rien n'est plus péremptoire, et la conviction ne peut manquer de devenir générale, si en regard des observations d'accouchements prématurés connus jusqu'à ce jour on dresse le tableau nécrologique donné par l'opération césarienne, si on signale les terribles accidents qui peuvent être déterminés par la symphyséotomie, et si surtout on arrête sa pensée sur la cruelle opération de la céphalotripsie, opération que nous sommes cependant dans la nécessité d'accepter comme un véritable bienfait à la période ultime de la grossesse.

4° *Immoralité et abus.* — Nous ne nous arrêterons pas à cette partie du sujet; nous ne trouvons dans les auteurs qu'une phraséologie creuse, et pas un seul bon argument dans les attaques dirigées contre l'accouchement provoqué.

Deuxième partie. Chapitre Ier. *Indications de l'accouchement prématuré artificiel.* — Après un rapide et, suivant nous, insuffisant examen des objections opposées aux adversaires de l'accouchement prématuré, M. Silbert aborde la deuxième partie de son travail. Il commence par reconnaître tous les *desiderata* de la science pratique, et il range sous deux chefs les indications : 1° relativement à l'état de la mère; 2° relativement à l'état du fœtus.

1° *Indications fournies par l'état de la mère.* — *Angustie pelvienne.* — L'angustie pelvienne, quelle que soit du reste son origine, soit par déformation, soit par étroitesse absolue, soit par la présence d'une tumeur quelconque, constitue l'indication la plus importante de l'accouchement provoqué.

Pour M. Silbert, le minimum du rétrécissement doit être de 7 centimètres, et le maximum de 8 centimètres pour autoriser l'intervention prématurée de l'accoucheur. Le rétrécissement du détroit inférieur

peut aussi nécessiter cette intervention. (Observ. de M. D'Outrepont.)

M. Stoltz n'admet l'opportunité de l'opération que jusqu'au minimum de 73 à 76 millimètres.

Après avoir lu le chapitre consacré par M. Silbert à l'angustie pelvienne, nous sommes forcé de dire notre pensée. Il nous a paru tout à fait insuffisant. Les descriptions soulevées sur ce sujet sont assez importantes pour devoir être reproduites d'une façon plus complète, et l'auteur, en effleurant seulement son sujet, a laissé dans l'oubli plusieurs points offrant cependant le plus grand intérêt.

Rien, en effet, de plus inattendu que les résultats fournis par l'expérience, et nous avons vu, pour notre compte, des faits tellement en dehors de toute espèce de prévision, que nous sommes disposé à traiter moins résolûment la question de limite fixe pour l'intervention chirurgicale. Nous eussions désiré voir rappeler ces cas par l'auteur, et peut-être eût-il été moins affirmatif aussi bien dans le sens du minimum que dans le sens du maximum.

Nous dirons à M. Silbert que bien souvent l'accoucheur doit hésiter, même dans les cas les plus positifs en apparence, et il est un sage précepte que nous lui rappellerons, précepte qu'il ne faut jamais oublier : Laissez à une primipare la chance d'un accouchement normal, et à moins d'une indication sans réplique, différez votre intervention jusqu'à une deuxième grossesse.

C'est alors surtout que votre intervention deviendra légitime, inattaquable, et vous pourrez seul, avec votre seule responsabilité, agir sans hésitation comme sans regrets.

Si ce précepte a ses applications dans les cas de rétrécissement allant jusqu'à 8 centimètres, il devient encore bien plus important dans les cas de rétrécissement moindre, qui semblerait devoir permettre à la nature d'agir seule. Nous avons publié une observation qui montre combien on peut s'aider, pour agir, de l'histoire des grossesses antérieures de la patiente.

Permettez-nous, messieurs, de vous en donner une très-rapide analyse.

Une femme, mariée à 20 ans, devient enceinte seulement après 18 ans de mariage. Ce premier accouchement fut horriblement pénible, et l'enfant à terme ne put être extrait qu'à l'aide du forceps et par de violentes tractions. Il était mort ; le travail avait duré trois jours, s'accompagnant de souffrances terribles.

Un an après, deuxième grossesse, mêmes difficultés, même terminaison malheureuse. Suites de couches extrêmement graves.

Une troisième grossesse a lieu, la malade effrayée me demande conseil ; je l'engage à se rendre à Paris dans le cours du mois de la gestation. M. Dubois voulut bien examiner cette dame avec moi, et nous reconnûmes au détroit supérieur 93 millimètres pour le diamètre sacro-pubien. Sans aucun doute, dans ces conditions, on était en droit sur une primipare de s'en rapporter aux ressources naturelles pour mener à bonne fin la délivrance, et l'intervention eût pu être taxée de téméraire. Mais, éclairé par l'histoire des deux grossesses antérieures, on ne devait pas hésiter, et appuyé par les conseils de notre savant maître, nous avons provoqué l'accouchement et avec un succès complet. L'enfant, né à huit mois, a aujourd'hui dix ans, et jouit d'une parfaite santé. Les suites de couches ont été des plus heureuses.

Il est encore une considération importante à signaler, qui pourra modifier la décision du chirurgien. Nous voulons parler de l'âge de la malade. Lorsqu'une femme primipare est âgée d'une trentaine d'années, on ne doit point compter sur la mobilité des symphyses pelviennes, et leur résistance accroît encore les difficultés de l'accouchement.

État de maladie de la mère. — Dans cette catégorie d'indications pouvant autoriser l'accouchement prématuré, se trouvent les plus grandes difficultés de la pratique. M. Silbert examine successivement les *maladies de la grossesse ;* les *maladies aggravées par la grossesse ;* les *maladies qui font craindre que la femme n'arrive pas au terme de la gestation ;* les *grossesses tardives.*

Les maladies de la grossesse. — Si les adversaires de l'accouchement provoqué se sont élevés avec énergie contre cette opération dans les cas d'angustie pelvienne, on doit prévoir combien ils devaient la proscrire dans les cas de maladies compliquant la grossesse et aggravées par le fait de l'état de plénitude de l'utérus.

Aussi, ne pouvons-nous nous défendre de blâmer M. Silbert de n'avoir pas donné à cette partie de son travail le développement qu'elle méritait.

Dans un mémoire que nous avons publié dans l'*Union médicale* en 1848, nous avons abordé cette question sous ce titre : *Dans quelles circonstances, en faisant abstraction des vices de conformation du bassin, est-il indiqué de provoquer l'accouchement, quelle que soit, du reste, l'époque de la grossesse ?*

Comme on le voit, nous avions étendu le champ de notre étude, puisque nous ne tenions pas compte de la viabilité de l'enfant, et nous adoptions absolument l'opinion de M. Dubois, qui, dans ses leçons de clinique, disait : « Il nous semble que dans des circonstances où il se-

» rait prouvé que la mère et le fruit, ou du moins l'un d'eux, ne pour-
» raient résister a un accouchement à terme, et où en même temps
» l'avortement présenterait moins de chances fâcheuses que tout autre
» moyen de délivrer la mère, il faudrait y recourir. »

M. Silbert, dont le travail est antérieur au nôtre, pouvait trouver dans les livres classiques de précieux éléments pour donner plus d'intérêt à son œuvre. Mais poursuivons.

La grossesse peut déterminer des modifications mécaniques telles, que la vie de la mère soit compromise.

M. Silbert, dans cette catégorie d'indications, cite l'exagération de volume de l'utérus (observation de Duclos, de Toulouse); la capacité insuffisante du bassin et de la cavité abdominale produisant les mêmes résultats (dyspnée, infiltrations, anasarque). L'observation de Desormeaux (*Dict. en* 30 *vol.*) offre un exemple remarquable de ce genre d'accident; et sans doute l'accouchement provoqué avant terme eût dû sauver la malade, qui mourut trois jours après la délivrance, après avoir présenté pendant les deux derniers mois de la gestation les phénomènes les plus graves d'asphyxie. M. Silbert cite également certains déplacements de l'utérus qui, à mesure que son volume s'accroît, gêne nécessairement les fonctions des organes voisins qu'il comprime. Mais ce genre d'obstacle à une époque déjà avancée de la grossesse peut assez facilement être combattu sans qu'on soit dans la nécessité de provoquer l'accouchement. Disons, en passant, qu'il n'en est pas de même dans les premiers mois de la grossesse, et que certaines antéro ou rétroversions irréductibles constituent une indication formelle d'avortement.

Les modifications physiologiques sont ensuite examinées par M. Silbert. Il range parmi elles l'insertion vicieuse du placenta, qui nous paraissait bien plus devoir constituer une classe à part sous le titre d'*anomalies.* Nous n'avons pas à nous étendre sur l'indication d'urgence fournie par les hémorrhagies; elle est trop formelle pour devoir être discutée.

Quant aux *modifications sympathiques*, dans lesquelles M. Silbert range les vomissements incoercibles et l'éclampsie, elles présentent des difficultés de pratique d'une solution tellement délicate que la science, sur ce point, reste encore plongée dans une obscurité profonde, et ce ne sont pas les six pages consacrées à cette étude dans le livre que nous analysons qui pourront y porter la lumière. Et cependant il y avait, dans un traité qui s'intitule *Traité pratique*, nécessité d'aborder ces questions, sinon pour les résoudre, tout au moins pour

fournir des éléments de jugement. Les vomissements incoercibles sont indiqués dans tous les auteurs comme pouvant se terminer par la mort de la malade, et il est à remarquer que la question du traitement dans la période extrême de cette affection n'est pas même jugée dans la plupart des livres classiques; on dit bien que l'accouchement prématuré a été proposé, mais on ne discute pas cette proposition.

M. Dubois, qui a tracé avec une précision pratique parfaite la marche de ces vomissements, qui suivent trois périodes bien tranchées, n'hésite pas à proposer l'avortement. Comme traitement, il nous paraît surtout applicable à la dernière période, lorsque surviennent des accidents cérébraux, des hallucinations, des douleurs névralgiques intolérables, etc., et enfin une espèce de sommeil comateux précurseur d'une mort prochaine.

Les louables efforts tentés pour éclairer l'étiologie de ces vomissements laissent malheureusement trop à désirer pour qu'on puisse attribuer la maladie à une lésion anatomique toujours la même. Jusqu'à ce qu'on soit fixé sur ce point, la question reste complexe, et à la conscience du médecin appartiendra le droit de prendre une résolution.

Quant à l'éclampsie, on a davantage étudié l'opportunité de l'intervention chirurgicale pour sauver la mère et l'enfant. M. Silbert est disposé à admettre cette intervention. Nous avons nous-même (travail déjà cité) essayé de juger la question, et, tout en y mettant une excessive réserve, nous avons prévu l'importance que pourrait acquérir l'accouchement prématuré dans le traitement de l'éclampsie, si, à l'aide du chloroforme, on pouvait parvenir à diminuer la gravité des accidents produits sous l'influence des manœuvres auxquelles il faut recourir pour provoquer la déplétion de l'utérus.

Nous signalerons encore un genre d'accidents nerveux qui pourrait rendre nécessaire l'accouchement provoqué : nous voulons parler de certaines formes de chorée.

Les *maladies aggravées par la grossesse* offrent aussi une série de difficultés tout aussi complexe, et il est de toute impossibilité d'arrêter un code pratique définitif. Seulement les faits sont déjà assez nombreux pour aider les médecins dans la décision à prendre. Ainsi on a provoqué l'accouchement avec succès dans des cas d'anévrysme, dans les épanchements plastiques, dans l'épilepsie, l'apoplexie, l'hydropisie ascite, la péritonite, dans le choléra, etc., etc. M. Silbert ne se prononce qu'avec timidité sur ce sujet, et pour lui il n'est permis d'intervenir « que quand la vie de la mère ou du fœtus est dans un danger » pressant et qu'on a la conviction, en employant cette pratique, de

» ne courir le risque de nuire gravement ni à l'un ni à l'autre. » (Page 65.)

Nous avons voulu reproduire cette proposition textuellement, car il est impossible de formuler d'une façon plus absolue une opinion opposée à l'intervention. Si le médecin est condamné à se croiser les bras lorsqu'il n'est pas sûr, dans une aussi grave opération, de ne faire courir aucun risque ni à la mère ni à l'enfant, il peut certainement se considérer comme un simple spectateur, et abdiquer; pour nous, sans autre autorité que celle puisée dans une conviction profonde, nous jugeons différemment, et sans hésiter, nous conseillerons toujours l'intervention chirurgicale dès que la vie de la mère se trouvera menacée. Nous saurons faire taire devant ce grand intérêt la douleur que nous inspireront les dangers auxquels nous exposerons l'enfant, et bien plus, si cela devenait nécessaire, nous n'hésiterons même pas à faire le sacrifice de l'enfant, si le salut de la mère ne devait être obtenu qu'à ce prix.

Dans les quelques lignes consacrées aux maladies qui font craindre que la femme n'arrive pas au terme de la grossesse, M. Silbert cite l'observation de M. Ashwel.

Une femme enceinte de six mois présentait un ostéo-sarcome du genou à progrès si rapide, que l'amputation devait être pratiquée sans retard, et avant de la pratiquer, on a cru devoir provoquer l'avortement.

Ceci fait, on a amputé. Je n'ai pas à vous dire quel a été le résultat de cette opération, et je m'abstiens de la juger.

Viennent enfin les grossesses tardives. Malgré l'opinion de médecins éclairés, nous repoussons toute intervention dans ces cas si douteux. M. Silbert l'admettrait chez les femmes en récidives de grossesse tardive. Il n'aura pas, je pense, l'occasion de l'appliquer dans toute sa carrière médicale.

Nous arrivons actuellement *aux indications fournies par l'état du fœtus.*

M. Chailly a cru devoir hâter le terme de la délivrance chez deux femmes qui avaient eu antécédemment des enfants d'un volume extrême. Mais disons que dans un de ces cas au moins le bassin offrait un certain degré de rétrécissement. L'enfant, venu avant terme, dit-on, avait une tête développée comme elle l'est au terme de la gestation (diamètre occipito-mentonnier, 136 millimètres ; diamètre occipito-frontal, 115). La mort eut lieu par convulsion douze heures après la naissance. Quant à l'autre malade, elle eut tellement peur de l'idée de

M. Chailly, qu'elle accoucha avant l'opération. Nous croyons que la science ne peut rien gagner à ces deux faits.

On a proposé d'accoucher avant terme des femmes chez lesquelles le fœtus succombait habituellement dans le dernier mois de la grossesse (Deumann et Hayn). Dans toute cette question la fantaisie semble régner spécialement ; il ne reste rien encore pour la pratique. Quant aux vices de conformation du fœtus, ils sont trop difficiles à diagnostiquer pendant la vie intra-utérine, pour pouvoir être considérés comme pouvant fournir des indications pour l'accouchement provoqué, et nous avons même indiqué comme contre-indication ces vices de conformation, si *à priori* ils avaient pu être reconnus. M. Silbert ne partage pas notre manière de voir, fondée cependant sur l'inutilité d'exposer la mère à un danger qui n'aura même pas comme compensation le salut de l'enfant.

Le chapitre consacré à l'examen de l'époque à laquelle on doit pratiquer l'opération aurait pu être résumé en quelques mots. Le terme extrême pour obtenir un enfant viable est au moins de la trente et unième à la trente-deuxième semaine. Avant cette époque, c'est l'avortement. Depuis ce moment de la vie intra-utérine jusqu'à sa complète évolution, on suivra les indications fournies par les circonstances qui vous mettent dans la nécessité d'intervenir.

Nous passerons rapidement sur les moyens de déterminer l'accouchement prématuré, qui sont exposés dans le troisième et dernier chapitre ; nous pouvons louer M. Silbert de l'exactitude qu'il a mise à reproduire sur ce point l'état actuel de la science. Nous arrivons enfin à l'appréciation de ces divers procédés, qui pour M. Silbert se résument ainsi, abstraction faite des moyens indirects :

1° Ponction simple et directe de l'œuf ;

2° Ponction de l'œuf à sa partie supérieure par le procédé de M. Meissner, modifié par M. Villeneuve ;

3° La dilatation progressive du col au moyen de l'éponge préparée par le procédé de M. Kluge ;

4° Le décollement des membranes soit par la méthode de Zuidhock, soit par l'injection intra-utérine de M. Cohen (de Hambourg) ;

5° Enfin les douches utérines dirigées sur le col utérin par le procédé de M. Kiwisch.

Pour les cas urgents, M. Silbert adopte la ponction de l'œuf. Dans les cas ordinaires, les douches utérines mériteront la préférence. Nous n'avons rien à reprendre à cette appréciation.

Nous voici, messieurs, au terme de la tâche que vous nous avez

confiée. Le travail de M. Silbert se termine par une série de propositions que nous ne reproduirons pas, puisque nous avons eu le soin dans cette analyse déjà trop longue de vous exposer successivement les opinions de l'auteur.

Si l'opération est adoptée par lui comme un véritable bienfait pour l'humanité, et avec raison, suivant nous, il aurait dû, pour donner plus de force à cette appréciation, montrer ce que donne l'expectation, et présenter seulement sous forme de statistique les tristes résultats fournis par les opérations que l'on a dû pratiquer à la période ultime de la grossesse.

Permettez-nous de joindre à notre rapport quelques considérations sur ce sujet.

La symphyséotomie, qui peut, à la rigueur, ajouter une dizaine de millimètres au diamètre sacro-pubien, est jugée en ces termes par un de nos honorables collègues, M. Cazeaux : *C'est une opération qui compromet souvent la vie, et toujours la santé de la mère.* Aussi doit-on la considérer comme abandonnée, malgré quelques succès, et *à priori* nous serions même disposé à lui préférer la pubiotomie.

L'*opération césarienne* méritait d'être appréciée dans le travail do M. Silbert; c'était un sujet bien délicat, il est vrai, et sur lequel la controverse la plus animée se ravive à toute occasion.

On sait les tristes résultats, et résultats constants, fournis par cette opération chaque fois qu'elle a été pratiquée à Paris. Aussi la plupart de nos maîtres, sinon tous, aujourd'hui sont-ils d'accord pour ne l'admettre que dans les cas tout à fait exceptionnels d'angustie pelvienne portée à un tel degré que l'extraction de l'enfant même mutilé ne peut se faire par les voies ordinaires. La limite extrême du rétrécissement serait, pour M. P. Dubois, de 54 millimètres. M. Cazeaux adopte cette opinion, et dans quelques lignes écrites sous l'inspiration des sentiments les plus honorables, il motive le rejet de l'opération césarienne en dehors de ce degré d'angustie.

Nous avons eu l'occasion d'assister deux fois à cette opération, et ce que le raisonnement nous donnait de répulsion contre elle, la pratique l'a encore accrue, si c'est possible. On a vivement reproché aux chirurgiens le cruel sacrifice de l'enfant encore vivant; mais tout en prenant notre part de ces doléances sur le sort du fœtus, nous gardons toute notre sollicitude pour la mère : c'est sa vie surtout que nous sauvegardons. Et si l'occasion se présente jamais pour nous de tenir en nos mains la double destinée de deux êtres, dont l'un inconnu, à vie hypothétique, dont l'autre vivant, souffrant cruellemeut, entouré d'affec-

tions, notre parti sera vite pris, et sans arrière-pensée, sans remords, nous ferons le sacrifice de l'enfant.

C'est assez dire que dans toute occasion où elle sera applicable nous aurons recours à la céphalotripsie.

En résumé, messieurs, le travail de M. Silbert, auquel nous reprochons surtout de ne pas être assez complet, mérite cependant votre approbation. Il constitue, sinon un traité, au moins un mémoire utile et intéressant, qui doit être considéré comme pouvant, pour sa part, servir à vaincre les résistances opposées par les adversaires de l'accouchement prématuré artificiel.

Nous avons donc l'honneur de vous soumettre les deux propositions suivantes :

1° Adresser à M. Silbert une lettre de remercîments ;

2° Déposer honorablement son mémoire dans la bibliothèque de la Société.

Séance du 25 mars 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Goyrand (d'Aix) adresse la lettre suivante :

A monsieur le président de la Société de chirurgie.

Monsieur le président,

A l'occasion d'un fait d'atrésie de l'anus, dont M. Boinet a entretenu la Société de chirurgie dans sa séance du 11 février, plusieurs membres de la Compagnie ont successivement pris la parole, et émis des avis divers sur la conduite à tenir dans ce cas, et sur le procédé par lequel on pouvait remédier à ce vice de conformation. J'ai rencontré dans ma pratique deux cas à peu près identiques à celui de M. Boinet, et si la Société veut bien m'accorder un moment d'attention, j'aurai l'honneur de lui faire connaître le résultat de mes observations sur ce sujet.

Dans le cas de M. Boinet, l'anus, très-étroit, est situé en avant de

sa position normale, de façon qu'entre cette ouverture et la vulve, il n'existe presque pas de périnée. Quand les matières fécales sont liquides, elles sont rendues assez facilement; mais, lorsqu'elles ont plus de consistance, elles sont retenues, et l'enfant a eu déjà plusieurs fois des constipations opiniâtres qui ont fini par s'accompagner de tous les symptômes de l'étranglement intestinal. Faut-il opérer?

M. Richard n'hésite pas à conseiller l'opération.

M. Michon ne trouve pas que les accidents soient assez pressants pour qu'il faille opérer encore.

MM. Boinet et Verneuil combattent l'opinion de M. Michon, et je partage entièrement leur avis; les accidents qui se sont déjà montrés rendent urgente l'intervention de l'art. On ne peut pas espérer ici que les choses s'arrangent comme dans le cas observé par M. Gosselin, où l'anus vulvaire, qui avait d'abord paru trop étroit, s'élargit apparemment à mesure que l'enfant grandit, si bien qu'il a fini par être suffisant. Du reste, aurait-on cet espoir, il faudrait encore opérer pour éloigner l'anus de la vulve, et corriger autant que possible une difformité qui aurait plus tard des inconvénients très-graves.

Mais quelle est l'opération qui convient à ce cas?

M. Jarjavay raconte que, dans un cas analogue à celui de M. Boinet, il a opéré de la manière suivante:

Il a introduit dans le rectum une sonde cannelée avec laquelle il a soulevé le périnée, qu'il a incisé crucialement à la place qu'aurait dû occuper l'anus, puis il a excisé les quatre lambeaux résultant de l'incision. Cet anus artificiel a bien fonctionné d'abord; mais bientôt, la mère ayant négligé l'usage des mèches qui avait été prescrit, l'ouverture artificielle se rétrécit à ce point que la défécation devint impossible. M. Jarjavay fit alors une longue incision, qu'il fallut recommencer quelque temps après; enfin, l'ouverture s'étant de nouveau oblitérée, on dut faire une quatrième opération. Cette fois ce fut une incision prolongée jusqu'au coccyx. Le résultat de cette dernière a été durable. L'enfant est maintenant âgé de six ans; l'anus qui lui a été fait est un peu étroit, mais il est suffisant.

M. Guersant, dans un cas pareil, s'est servi de la sonde cannelée, comme M. Jarjavay, et, ayant ouvert l'ampoule rectale sur la cannelure, a introduit dans l'intestin un lithotome double avec lequel il a pratiqué une incision bilatérale; il a enfin maintenu l'ouverture au moyen d'une canule de caoutchouc laissée à demeure. Après la guérison, la défécation se faisait bien par l'ouverture artificielle, mais il

s'échappait toujours quelques matières fécales par l'ouverture vulvaire.

M. Verneuil demande s'il existe dans les annales de la science quelque cas de réussite définitive de ce genre d'opération. Les prétendus cas de succès qu'il a trouvés, au nombre de trois ou quatre, ont été publiés quelques semaines après l'opération. Il n'a trouvé aucune observation qui eût rapport à un adulte opéré dans la première enfance.

Ce chirurgien rejette les procédés par ponction soit avec le bistouri, soit avec le trocart, et propose d'opérer par une longue incision pratiquée sur la ligne médiane, incision qui doit être prolongée jusqu'au coccyx, qu'on peut même exciser s'il le faut, et veut qu'après avoir ouvert l'intestin on réunisse par la suture la muqueuse de cet intestin à la peau. Quand on suit ce procédé, dit-il, le pourtour de l'ouverture artificielle n'est pas formé par du tissu cicatriciel, et on n'a point à craindre le resserrement consécutif.

Tels sont les faits et les doctrines qui se sont produits à la Société de chirurgie. Je partage entièrement la manière de voir de M. Verneuil et, dans un mémoire que j'ai publié l'année dernière dans la *Gazette médicale*, et dont j'adresse un exemplaire à la Société de chirurgie, je me suis hautement prononcé contre les procédés par ponction; j'ai recommandé les grandes incisions sur la ligne médiane, et j'ai beaucoup insisté sur les avantages du procédé qu'Amussat mit en pratique en 1835 (1), qui consiste à réunir par la suture la paroi intestinale, et non la muqueuse seule, aux bords de l'incision de la peau. Quand j'en ai trouvé l'occasion, j'ai mis ce procédé en pratique, et je vais donner ici la substance de deux faits que j'ai publiés avec des détails suffisants dans mon travail, et qui prouveront, j'espère, l'excellence de la méthode. Voici les observations; elles ont, quant à l'espèce d'atrésie, la plus grande ressemblance avec celles de MM. Boinet, Guersant et Jarjavay.

1er FAIT. — Il s'agit ici d'une petite fille de onze mois, chez qui le rectum s'ouvre par un orifice étroit à la commissure postérieure de la vulve. Cette ouverture, suffisante dans les premiers mois, ne suffit plus maintenant. Les matières liquides sont expulsées avec effort; les matières solides ne sortent qu'en petite quantité, passant à la filière par cette petite ouverture. Le moment d'agir est venu. J'opère le 18 avril 1855. J'incise sur la sonde cannelée le prolongement vulvaire

(1) *Gaz. méd.*, 1835, p. 753.

du rectum, la paroi inférieure de cet intestin et la région ano-périnéale, jusqu'au milieu de l'intervalle qui sépare la place où devrait se trouver l'anus du sommet du coccyx, et je réunis, dans toute l'étendue de la plaie, les bords de l'incision de l'intestin à la peau par cinq points de suture entrecoupée.

Le résultat fut excellent. Le 12 mai, l'enfant me fut amenée. Je rédigeai alors la note suivante :

« La paroi intestinale et la peau sont réunies immédiatement. L'ou» verture artificielle forme une fente présentant quelques rides trans» versales. Quand l'enfant crie ou fait des efforts, on voit la paroi su» périeure de la portion terminale du rectum s'engager un peu dans » l'ouverture. Si on écarte les bords de celle-ci pendant que l'enfant est » en repos, on voit cette paroi former sur la fente une espèce d'oper» cule. La défécation se fait avec une entière liberté, et c'est par la » moitié postérieure de la fente, et par conséquent assez loin de la » vulve, que sortent les matières fécales. »

Cette petite fille a joui de la meilleure santé après l'opération; mais six mois plus tard elle est morte d'une maladie aiguë qui n'avait aucun rapport avec son vice de conformation ni avec l'opération qu'elle avait subie. Tout le temps qu'elle a vécu après l'opération, l'anus a fonctionné de la manière la plus satisfaisante.

L'opération a eu, dans ce cas, un succès complet. Mais peut-être dira-t-on que plus tard cette ouverture aurait pu se rétrécir. Voici un autre fait qui répond au *desideratum* de M. Verneuil, puisque le sujet opéré en 1840 jouit encore aujourd'hui de la santé la plus brillante.

2e FAIT. — Ici, le sujet est un garçon né avec un vice de conformation assez compliqué de l'anus, du rectum et de l'appareil génito-urinaire.

C'est le 2 mars 1840 que je fus appelé à donner mes soins à cet enfant, alors âgé de six mois. Je le trouvai dans un état des plus graves, en proie à tous les accidents de l'iléus.

L'anus, chez cet enfant, n'était pas ouvert à sa place ordinaire. Le raphé scrotal, déprimé, avait l'aspect d'une vulve. Le pénis, assez développé, était imperforé; l'urètre s'ouvrait à la base de cet organe, à la partie antérieure ou supérieure de la dépression raphéale. L'intestin s'ouvrait à la commissure postérieure de cette fausse vulve. J'aurais eu du doute sur le sexe de l'enfant, si je n'eusse reconnu les testicules dans les parties latérales de cette fente, qui simulaient les grandes lèvres.

Pendant les premiers mois de la vie, l'ouverture périnéale du rectum avait suffi à la défécation; mais quand, par les progrès de l'âge, les

matières fécales devinrent plus consistantes, la défécation devint plus difficile, puis impossible, et depuis quatre jours aucune matière stercorale n'avait été rendue, quand l'enfant me fut présenté. La région ano-périnéale était soulevée et rénitente. Je fendis le canal recto-scrotal, le périnée et la paroi inférieure du rectum sur la ligne médiane, de l'orifice scrotal jusqu'au sommet du coccyx. Quand l'intestin se fut vidé, je saisis, avec des pinces à torsion, les bords de l'incision faite à cet organe, et les amenai facilement au dehors, où je les fixai par cinq points de suture dans des rapports parfaits avec les bords de l'incision de la peau.

Le résultat ne laissa rien à désirer. Je n'eus pas recours à l'usage des mèches. Trois mois après l'opération, j'en constatais le résultat dans la note suivante :

« L'anus forme une boutonnière de 3 centimètres de longueur, allant » de la fente raphéale à 2 centimètres au-devant du coccyx. Les bords » de la boutonnière sont en contact. Quand je les écarte, je vois, au » fond, la paroi supérieure de la partie du rectum qui, par l'effet du » vice de conformation, a une direction horizontale. La membrane » muqueuse et la peau sont réunies par une cicatrice parfaitement li- » néaire sur les bords de l'ouverture que j'ai pratiquée. Le doigt pé- » nètre en arrière avec une entière liberté dans la cavité rectale. Il n'y » a plus eu la moindre difficulté pour la défécation. »

L'opéré, maintenant âgé de dix-sept ans, est grand et fort. La boutonnière anale n'a rien perdu de ses dimensions ; elle est très-dilatable. La défécation a toujours été très-facile, et (circonstance à noter) il n'y a pas d'incontinence de matières fécales ; mais ce jeune homme est dans l'habitude de satisfaire le besoin de défécation aussitôt qu'il se fait sentir.

Ce fait vient à l'appui des doctrines d'O' Beirne sur les fonctions du côlon iliaque et du rectum. Dans un pareil cas, l'incontinence des matières stercorales serait inévitable si le rectum était un réservoir et non un simple canal de transmission.

Le procédé que conseille M. Verneuil, et que j'ai mis en pratique, a sur les autres une supériorité qui n'est pas contestée. M. Guersant, qui ne l'a point pratiqué, reconnaît que, quand la muqueuse n'a pas été réunie avec la peau, on est obligé de combattre toujours la tendance à l'oblitération. Ce chirurgien a pu constater cette fâcheuse tendance dans une douzaine de cas. M. Verneuil prend acte de cette déclaration et fait remarquer que, d'après cela, on peut regarder le résultat comme

à peu près nul, puisque si la vie est prolongée elle ne l'est pas au delà de deux ou trois ans.

Mais cette réunion de l'intestin avec la peau sera-t-elle toujours possible? A cette question qui lui était adressée par M. Verneuil, M. Guersant répondait (séance du 18 février) que cet affrontement de la peau avec la muqueuse est quelquefois possible, mais que souvent il ne l'est pas. Je m'incline devant l'expérience de M. Guersant. Cependant, je ferai remarquer que la chose a été facile chez mes deux opérés, et je serais porté à croire qu'il doit en être le plus souvent ainsi dans les cas analogues; en effet, quand l'intestin vient s'ouvrir au dehors, à une distance plus ou moins grande du lieu où se trouve ordinairement l'anus, le rectum se termine sur le plancher du bassin par une ampoule, d'où naît le prolongement vulvaire ou périnéal, et cette ampoule, dilatée par l'accumulation des matières fécales, présente, après qu'elle s'est vidée, une laxité très-favorable à l'affrontement de la paroi intestinale avec la peau.

Maintenant, quelques mots sur une autre particularité du procédé : L'excision par laquelle j'ai ouvert le rectum diffère des opérations de MM. Jarjavay et Guersant en ce que ces chirurgiens, soulevant le périnée au moyen de la sonde cannelée introduite dans l'ouverture vulvaire de l'intestin, ont incisé celui-ci à la place qu'aurait dû occuper l'anus, et ont laissé subsister le conduit qui venait s'ouvrir à la vulve, tandis que j'ai compris ce conduit et son orifice dans mon incision.

Voici les motifs qui m'ont déterminé à agir ainsi :

1° Ce qu'on doit craindre le plus, à la suite des opérations qu'on pratique dans le but d'assurer une libre issue aux matières fécales, c'est le resserrement consécutif de l'ouverture artificielle; or, quand une incision est pratiquée en plein dans les tissus intacts, toutes ses parties tendent au rapprochement, tandis que, si l'incision est limitée à une de ses extrémités par le trajet muqueux d'une ouverture naturelle, cette extrémité reste étrangère au travail de cicatrisation, qui, ne partant que de l'angle saignant, ne doit jamais amener un rétrécissement aussi considérable.

2° L'opération faite par MM. Guersant et Jarjavay ne détruit pas le prolongement de l'intestin situé en avant de l'anus artificiel et son orifice vulvaire ou périnéal, qui continue de laisser passer des matières fécales, ainsi que l'a observé M. Guersant ; et si on arrive à faire un anus convenable par ce procédé, on aura à s'occuper plus tard de l'oblitération de ce prolongement de l'intestin, devenu inutile et incommode ; or, existe-t-il un meilleur moyen de détruire ce prolongement

que l'incision de sa paroi inférieure suivie si l'on veut de la destruction de la muqueuse qui le tapisse ? Eh bien, s'il en est ainsi, le premier temps de l'opération secondaire se trouve exécuté en même temps que l'opération essentielle, dans le procédé que j'ai suivi ; et si, après que l'issue facile des matières fécales aura été assurée par l'opération, on jugeait convenable de substituer à la gouttière muqueuse une surface cicatricielle, on pourrait détacher par la dissection, ou détruire par la cautérisation, la muqueuse qui revêt cette gouttière ; mais je ne vois guère l'avantage qu'il y aurait à détruire cette surface muqueuse, à laquelle le contact de l'air et des vêtements finira par donner les caractères de la peau extérieure.

Je ne terminerai pas cette lettre déjà trop longue sans dire quelques mots encore du procédé suivi par M. Jarjavay, et des motifs qui le lui ont fait adopter. Ainsi que l'a dit M. Verneuil, si dans ce cas l'opération eût été pratiquée la première fois par une longue incision suivie de la réunion de la paroi du rectum avec la peau, on n'aurait pss été obligé d'exposer quatre fois le petit malade aux chances d'une opération sanglante, et l'ouverture obtenue ne serait pas trop étroite ; mais M. Jarjavay a dit les motifs qui lui avaient fait préférer les incisions peu étendues : c'est que ce chirurgien espérait conserver ainsi le sphincter, si le muscle existait.

Il nous faut entrer ici dans quelques détails anatomiques.

Quand, l'anus manquant, le sphincter existe, ce muscle n'est plus annulaire ni elliptique ; il est constitué par un faisceau charnu à fibres parallèles situé sur la ligne médiane et s'étendant du sommet et de la face cutanée du coccyx à une intersection aponévrotique qui le sépare du bulbo-caverneux chez le garçon, du constricteur du vagin chez la petite fille. Ce faisceau est quelquefois très-mince et tout à fait insignifiant (*voir* la VIe obs. de mon mémoire) ; il est impossible alors de l'utiliser. D'autres fois il est large et épais, comme chez le sujet de ma V^e^ observation ; dans ce dernier cas, il importe de le ménager dans l'opération. Bien que son action soit bornée au rapprochement des deux bords de la boutonnière anale, et qu'il n'ait pas d'action circulaire, il rendra des services ; mais, quand on tient à conserver ce muscle, il faut bien se garder de faire à la région ano-périnéale des incisions transversales ou des excisions. Ainsi, l'incision bi-latérale de M. Guersant diviserait transversalement les deux moitiés latérales de ce faisceau charnu ; l'incision cruciale avec excision des angles faite par M. Jarjavay le détruirait ; tandis que l'incision longitudinale, même prolongée jusqu'au coccyx, ne fait qu'en séparer les fibres, qu'elle

laisse intactes et dans les meilleures conditions possibles pour que le muscle puisse plus tard remplir ses fonctions.

Agréez, etc. Dr Goyrand.

Aix, 21 mars 1857.

M. Boinet annonce que l'enfant qu'il s'était abstenu d'opérer pour une atrésie de l'anus, d'après les observations de M. Michon, est toujours exposé à des accidents dépendant de la constipation, et qu'après avoir entendu la lecture de la lettre de M. Goyrand, il est disposé à pratiquer l'opération aussitôt qu'il surviendra des accidents nouveaux.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fracture d'une exostose du fémur.

M. Gosselin montre à la Société une exostose du fémur gauche, qui a été fracturée, avec plaie, sans que l'os lui-même ait éprouvé de solution de continuité, et dont la suppuration a amené une infection purulente et la mort.

Le malade, âgé de cinquante et un ans, avait reçu, le 19 février dernier, un moellon sur la partie inférieure de la cuisse, et avait fait plus d'une lieue à pied pour venir à l'hôpital Cochin.

Le lendemain, à la visite, nous avons trouvé une petite plaie avec un épanchement sanguin considérable donnant la sensation d'un clapotement fourni par un liquide mélangé avec des gaz. La plaie fut immédiatement fermée au moyen d'un pansement par occlusion. Quelques jours après, cette plaie se rouvrit et laissa passer, malgré l'appareil, une notable quantité de sang; le lendemain, le foyer étant affaissé, l'on reconnut une crépitation osseuse analogue à celle des coquilles de noix remuées dans un sac, et la sortie de gouttes huileuses abondantes avec le sang, sortie qui est pathognomonique dans les fractures, ne laissa pas de doute sur l'existence d'une solution de continuité osseuse. Cependant il n'y avait aucun signe de fracture du fémur.

Interrogé avec soin, le malade apprit alors à M. Gosselin qu'à l'âge de dix ans il avait fait une chute, et était resté trois semaines au lit avec un appareil; qu'il pensait avoir eu la cuisse cassée à cette époque, et qu'en tout cas il avait depuis conservé une tumeur qu'il appelait un *calus*. C'est pourquoi M. Gosselin pensa qu'il avait affaire à la fracture partielle d'un cal irrégulier.

Quelques jours après son entrée, le malade fut pris d'un violent frisson suivi d'un ictère, qui fit songer au développement d'une infection purulente. La suppuration s'établit, et nécessita une grande inci-

sion, à la suite de laquelle l'état général s'améliora assez pour que l'on pût espérer qu'il n'y avait pas inlection purulente.

Cependant, à partir du 10 mars, la fièvre reparut, devint incessante, avec affaiblissement et amaigrissement rapides ; la suppuration devint très-abondante et fétide, à tel point que M. Gosselin, prévoyant une mort imminente, proposa et pratiqua l'amputation de la cuisse. Le malade succomba le troisième jour, après avoir eu une hémorrhagie capillaire du moignon.

A l'autopsie, on a trouvé des abcès métastatiques dans le foie et les poumons, sans pus dans les grosses veines, et la plupart des abcès étaient à une période trop avancée pour qu'on puisse considérer leur formation comme postérieure à l'opération ; ils avaient évidemment commencé avant cette dernière et il s'est agi ici d'une infection purulente à marche insidieuse et lente, comme on en observe assez souvent à l'hôpital Cochin.

Quant au fémur, son examen nous a fourni, dit M. Gosselin, les particularités suivantes : au lieu d'une fracture et d'un cal vicieux, cet os présente à sa face interne, dans son tiers inférieur, une exostose. On se rappelle que Roux, dans son travail sur les exostoses, a signalé le tiers inférieur du fémur comme étant le siége de prédilection de ces sortes de tumeurs. Par sa face externe, l'exostose était bosselée et adhérente au vaste interne et au troisième adducteur ; elle était implantée sur le fémur par deux points, l'un inférieur plus large, l'autre supérieur plus étroit, et entre ces deux points se trouvait un espace au niveau duquel le fémur était sans adhérence avec la tumeur : d'où la forme en arcade que présente cette dernière, forme tout à fait insolite et exceptionnelle. La production osseuse est fracturée en un grand nombre d'esquilles, dont plusieurs, complétement détachées, n'ont pu être conservées, et qui toutes étaient en suppuration. Sa structure est aréolaire, et plusieurs des cellules avaient une grande capacité. Il est probable que cette structure et la disposition en arcade ont favorisé la solution de continuité.

Enfin, l'exostose se détache de la surface même de l'os, et appartient évidemment à la catégorie de celles qu'A. Cooper a nommées exostoses périostales, et que nous appelons aussi *épiphysaires*. Comme d'ailleurs ses insertions au fémur sont rompues, il en résulte que la couche compacte superficielle de cet os n'existe plus, et qu'ainsi les cellules de son tissu spongieux ont pu verser leur substance médullaire en même temps que les aréoles de la tumeur elle-même en fournissaient. Il était permis de penser que, lorsque la suppuration s'est

établie, et que les symptômes généraux sont survenus, le tissu spongieux et le canal médullaire du fémur devenaient le siége d'une ostéo-myélite suppurante. La coupe longitudinale qui a été faite montre qu'il n'en a pas été ainsi ; l'intérieur de l'os est tout à fait sain. Cette coupe démontre en même temps qu'il n'y a pas eu de fracture autrefois; car on ne vit aucune déformation, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du fémur. Or, il n'est pas probable qu'une fracture, qui aurait donné lieu à une stalactite aussi volumineuse, se fût consolidée sans laisser aucune autre trace.

En résumé, ajoute M. Gosselin, ce fait m'a paru intéressant sous le rapport clinique, comme exemple de fracture avec plaie d'une exostose, qui a amené des accidents mortels après avoir fourni une abondante quantité de gouttes huileuses, et, sous le rapport anatomique, comme exemple d'une exostose à double insertion, ou en arcade.

M. FOLLIN fait observer ce que cette exostose présente d'insolite. Il demande si le fémur de l'autre côté présentait quelque chose d'analogue, parce que les exostoses idiopathiques du fémur s'accompagnent toujours de quelque trace d'exostose dans le point correspondant du fémur opposé. Celles que vient de présenter M. Gosselin sont semblables à celles qui viennent à la suite de contusions.

M. LARREY rappelle qu'il a présenté l'année dernière deux exostoses épiphysaires qui différaient essentiellement de la tumeur que montre M. Gosselin. Cette dernière ne lui paraît pas présenter tout à fait les caractères des exostoses; elle ressemble plutôt aux stalactites osseuses qui se développent souvent à la suite de contusions du périoste, de fractures mal consolidées ou de l'élimination des os nécrosés.

M. GOSSELIN a eu la même idée que M. Larrey ; mais à l'autopsie il n'a pas trouvé de trace de fracture, de façon qu'il ne peut rapporter à un cal vicieux la production qu'il vient de montrer, d'autant plus que le malade a toujours dit qu'elle existait déjà à l'âge de dix ans.

M. MICHON demande à M. Gosselin s'il connaît des cas de ruptures partielles de cals, cette lésion lui paraissant difficile à admettre. La sortie d'une matière graisseuse ne lui paraît pas une raison suffisante pour y croire. En effet, il ne croit pas que ce soit un signe pathognomonique des lésions osseuses; car on trouve des gouttelettes de graisse dans les liquides qui s'écoulent de plaies sans aucune fracture. D'ailleurs, en supposant que la présence de gouttelettes huileuses indiquât une solution de continuité des os, elles ne pourraient provenir que des cavités médullaires, et on ne voit pas comment la rupture d'un cal incomplet pourrait en fournir.

M. GOSSELIN. Les remarques de M. Micho ortent sur deux points: en premier lieu, sur la question de savoir si je connais des exemples de fracture partielle d'un cal. Je n'en connais pas; mais je concevais la possibilité d'un cal assez difforme et irrégulier pour qu'une partie de sa portion périphérique fût seule fracturée à la suite d'une pression violente qui n'aurait pas agi sur toute la longueur de l'os. Ce sont les renseignements donnés par le malade qui m'avaient fait admettre cette opinion; et d'ailleurs, je ne connaissais pas plus d'exemples de fractures d'exostose que de fractures partielles du cal. En second lieu, M. Michon m'objecte que l'écoulement des gouttes huileuses n'est pas pathognomonique des blessures des os. Je réponds que, pour ma part, toutes les fois que j'ai rencontré sur un membre, à la suite d'une lésion traumatique, ce phénomène si bien indiqué par M. Velpeau, et j'en ai eu de temps en temps l'occasion à l'hôpital Cochin, j'ai pu constater qu'il y avait une fracture.

M. BOINET pense que la tumeur osseuse du malade de M. Gosselin reconnaît pour cause une périostite. Il y aurait eu, suivant lui, au moment de l'accident éprouvé par le malade dans son enfance, un épanchement sanguin sous-périostique, puis inflammation du périoste amenant la production de stalactites osseuses.

M. GOSSELIN répond que l'exostose existait depuis si longtemps qu'il n'a pas été possible d'obtenir des renseignements exacts sur son origine. Il paraît bien certain qu'il y a eu une lésion du périoste, mais il n'est pas possible d'en connaître la nature.

M. MARJOLIN, d'après les commémoratifs, et bien que la section de l'os ne montre pas de traces de cal, regarde cette lésion comme le résultat d'une fracture ou d'une contusion du périoste. Il a vu quatorze ou quinze cas de fractures des condyles de l'humérus sur des enfants; ces fractures guérissent facilement, mais il reste une difformité dont il ne doute pas qu'il soit difficile de trouver plus tard l'explication.

M. CHASSAIGNAC rapporte le fait suivant, qui présente quelques rapports avec celui de M. Gosselin.

Cas de fracture d'exostose.

Miette (Pierre), âgé de cinquante-deux ans, garçon de salle, a été placé dans le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine le 26 novembre 1852.

Un soir, cet homme rentre à l'hôpital dans un état complet d'ivresse. Pour ne pas troubler l'ordre de la maison et le sommeil des personnes

qui couchent dans la même salle que lui, on le fait entrer, par persuasion ou par contrainte (ce doute n'a pu être éclairci), dans un cabinet attenant à la salle de consultation ; on l'y enferme, et il y reste seul. Au milieu de la nuit, cris aigus. L'interne de garde accourt, et constate une fracture siégeant à trois travers de doigt de l'extrémité inférieure du fémur. Il place l'appareil ordinaire des fractures de cuisse.

Le lendemain, à la visite, je défais l'appareil ; je constate de nouveau avec mes internes, MM. Marcé et Bucquoy, les signes non douteux d'une fracture sus-condylienne, déjà reconnue la veille par M. Surmay, interne fort distingué. Nous constatons de plus qu'à cinq travers de doigt à peu près, au-dessus de la ligne articulaire, se trouve une tumeur osseuse ayant les apparences d'un gros fragment de l'extrémité inférieure du fémur, détaché du reste de l'os et jouissant d'une assez grande mobilité.

Il y avait peut-être quelque irréflexion de notre part à caractériser de fragment du fémur une portion osseuse aussi considérable, puisque nous aurions dû trouver dans cette supposition le trou que devait laisser le déplacement d'une pièce aussi volumineuse. Mais si l'on considère que la crépitation très-large (en sac de noix), suivant une expression reçue, nous conduisait à penser qu'il y avait une espèce d'écrasement de l'extrémité inférieure du fémur, que l'articulation du genou était le siége d'un épanchement considérable, et qu'enfin une circonstance complétement ignorée jusqu'alors, et qui ne nous a été révélée que plus tard, nous conduisait fatalement à l'erreur, on comprendra qu'il nous eût été difficile de l'éviter.

Voyant que la fracture ne présentait, du reste, aucune tendance au déplacement, nous appliquons l'appareil ordinaire des fractures de cuisse.

Lorsqu'au quinzième jour de la fracture nous examinâmes de nouveau l'état des parties, nous ne fûmes pas peu surpris de trouver cette tumeur osseuse, mobile, qui, à la manière d'un énorme sésamoïde, pouvait être mise en mouvement sur la face interne du fémur. C'est alors seulement que le malade nous apprend qu'il porte cette tumeur depuis longues années et qu'il nous produit même un certificat de médecin des hôpitaux attestant, sans autres détails, l'existence de la tumeur. Seulement elle n'était pas mobile.

Tout alors devient clair pour nous, et lorsqu'au bout de cinq semaines nous la trouvons à côté du fémur entièrement consolidé et dont l'accroissement de volume en cet endroit annonce que le travail de consolidation est récemment formé, nous n'hésitons plus à dire qu'il y

a eu chez cet homme fracture simultanée du fémur et du pédicule de la tumeur osseuse devenue mobile.

Cette tumeur conservant encore de la mobilité, une déduction pratique se présente à nous, celle de lui conserver ce caractère d'isolement qu'elle a acquis accidentellement, afin de l'utiliser plus tard dans un but thérapeutique.

Pendant huit ou dix jours, sous l'influence de mouvements quotidiennement reproduits et d'une fracture nouvelle très-distinctement provoquée par nos efforts dans le pédicule de la tumeur qui avait repris racine, nous parvenons à maintenir sa mobilité. Nous cherchons au moyen de bandes et de compresses à la retenir à distance de son lieu d'implantation. Mais enfin, malgré nos efforts de chaque jour, elle finit par se réimplanter d'une manière tellement solide que toute idée de persévérer dans le plan primitivement conçu nous est bientôt enlevée.

Ce fait inspira à M. Chassaignac la pensée que pour attaquer de semblables exostoses on pourrait commencer par les fracturer et les éloigner de leur lieu d'implantation pour les extraire plus tard, après la guérison de la fracture.

M. CLOQUET, après avoir constaté l'intérêt que présente la communication de M. Gosselin, cherche à déterminer si la tumeur osseuse qui a été fracturée était due à un cal vicieux ou formait une exostose. Si c'était une exostose, elle serait d'une espèce particulière, et n'aurait aucune analogie avec ces exostoses styloïdes, assez fréquentes dans ce point, qui se terminent par une extrémité aiguë, et se confondent avec le fémur par leur base. M. Cloquet n'y trouve pas davantage l'aspect des végétations qui se forment sur un cal vicieux, mais il y reconnaît une tumeur composée, renfermant du cartilage, du tissu fibreux, de la substance osseuse, et qui lui paraît être de la nature de celles qui viennent à la suite des contusions. Ces tumeurs dégénèrent quelquefois; M. Cloquet en a vu un exemple sur un étudiant en médecine qui avait fait une chute en patinant. La tête du péroné, qui avait recu une contusion, devint le siége d'une de ces tumeurs composées, qui plus tard se développa sous forme de tissu encéphaloïde. En résumé, il regarde la tumeur en question comme une exostose suite de contusion.

Quant à l'écoulement d'une matière huileuse, M. Cloquet l'a observé dans un trop grand nombre de cas différents pour le regarder comme pathognomonique des fractures. Il l'a remarqué surtout dans les liquides qui s'écoulaient après des opérations de hernies étranglées, lors-

que l'épiploon était gangrené. Il l'a vu encore dans les épanchements sanguins sur des sujets gras. Il lui paraît tenir à une altération du tissu graisseux.

M. GOSSELIN. Ce que vient de dire M. Cloquet de l'écoulement des gouttes huileuses ne contredit pas ce que j'ai avancé de la valeur de ce signe, sur lequel j'ai entendu souvent insister M. Velpeau dans le diagnostic des fractures compliquées de plaie. En effet, mon assertion s'applique aux lésions traumatiques, dans lesquelles on a intérêt à reconnaître immédiatement la fracture, et non aux opérations de hernie. Or, je crois que dans les membres et à la tête la graisse n'est pas assez coulante, ou est trop enchevêtrée dans les mailles organiques qui la circonscrivent pour s'écouler de cette manière. M. Cloquet ajoute, il est vrai, qu'il a constaté les gouttes huileuses dans des cas de simples épanchements sanguins. S'il y avait une gangrène, comme dans les cas auxquels M. Boinet faisait allusion tout à l'heure, je le comprends encore; mais s'il n'y avait pas gangrène, le fait est en contradiction avec tout ce que j'ai vu jusqu'à présent. Cependant j'ai trop de confiance dans les observations de M. Cloquet pour ne pas m'engager à prêter dans l'avenir une nouvelle attention à ce phénomène.

M. CHASSAIGNAC admet que la présence de gouttelettes huileuses dans les liquides qui s'écoulent d'une plaie peut être un signe de lésion osseuse. Mais il n'y a pas besoin, pour qu'on le constate, d'une solution de continuité de l'os; il suffit qu'il soit mis à nu, car il a trouvé ce signe dans des ostéo-myélites où l'os était simplement dénudé.

M. Chassaignac fait observer en outre que la matière huileuse qui provient des os forme des globules ronds extrêmement fins et égaux entre eux, et non pas des taches plus ou moins larges et irrégulières comme la graisse qui se trouve dans le pus provenant de toute autre source.

M. GOSSELIN. Du moment où M. Chassaignac fait venir les gouttes huileuses de la substance des os, et je ne pense pas qu'il ait le moindre doute à cet égard, je trouve que son observation vient à l'appui de mon assertion générale. Quand on voit s'écouler des gouttes huileuses à la suite d'une lésion traumatique plus ou moins voisine d'un os, on doit, comme dans les cas de lésion spontanée, attribuer ces gouttes huileuses à une communication établie entre la substance osseuse et l'air extérieur.

M. CLOQUET fait observer qu'il ne nie pas que, dans les plaies récentes, les gouttelettes graisseuses indiquent une lésion osseuse; seu-

lement il ne regarde pas ce signe comme appartenant exclusivement à ce genre de lésion.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 1er avril 1857.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Absence du vagin. — M. DESORMEAUX présente une femme de trente-quatre ans, qui présentait dans sa jeunesse une absence complète du vagin. A. Bérard, pour remédier aux accidents qui se reproduisaient à chaque époque menstruelle, lui pratiqua une opération qui consistait à creuser un canal depuis la vulve jusqu'à l'utérus. Parvenu à une petite distance du col utérin, il s'arrêta, laissant une petite épaisseur de tissu qu'il comptait inciser quand elle serait distendue par le sang des règles ; mais la malade sortit de l'hôpital avant d'être complétement guérie.

Elle est revenue consulter à cause des douleurs violentes qu'elle éprouve chaque mois pendant quinze jours ou trois semaines, et qui n'ont été calmées que par une hématurie mensuelle qui a eu lieu pendant dix-huit mois, mais a disparu pour ne revenir qu'à de grands intervalles.

Le vagin qui a été creusé autrefois conserve ses dimensions ; il est tapissé par une membrane rose, d'un aspect semblable à la muqueuse vaginale, mais lisse et sans ride ; il se termine par une cloison sur laquelle le doigt sent une bride antéro-postérieure, que le spéculum permet d'apercevoir distinctement. Le toucher par le rectum fait reconnaître la présence d'un utérus assez bien conformé, un peu plus gros qu'à l'état normal chez une femme qui n'a pas eu d'enfants. Une sonde introduite dans la vessie, et dirigée d'avant en arrière, trouve assez facilement une ouverture qui lui permet d'arriver dans une cavité où se trouve le col de l'utérus.

M. Desormeaux se propose de compléter plus tard l'histoire de cette malade.

Tumeurs fibreuses sous-cutanées. — M. CHASSAIGNAC présente un malade affecté de tumeurs sous-cutanées très-nombreuses.

M. LENOIR a eu l'occasion d'examiner un malade qui avait, sous la peau, des centaines de tumeurs analogues à celles du malade de M. Chassaignac, il pense que, dans les deux cas, ces tumeurs sont de nature fibro-plastique.

M. FORGET rappelle que M. Chassaignac a déjà présenté à la Société un fait curieux de généralisation du tissu fibro-plastique ; il pense que le cas actuel est de la même nature.

M. VERNEUIL rappelle un cas de tumeurs sous-cutanées multiples rapporté par M. Goyrand, où les tumeurs étaient cancéreuses. Ici, d'après les symptômes, on ne peut guère admettre que les tumeurs soient du cancer ; mais il faut remarquer que plusieurs d'entre elles se trouvent sur le trajet des nerfs et sont douloureuses, à la manière des névromes. Du reste les névromes sont souvent constitués par du tissu fibro-plastique développé dans l'épaisseur d'un nerf ; on peut donc admettre que les tumeurs en question sont des tumeurs fibro-plastiques développées les unes dans les nerfs, les autres dans le tissu sous-cutané.

M. CLOQUET a souvent vu de ces tumeurs multiples. Un homme, entre autres, en avait de disséminées sur tout le ventre et les membres, qui étaient peut-être moins douloureuses que celles du malade de M. Chassaignac ; elles étaient formées par une enveloppe très-mince renfermant un tissu grisâtre, élastique, analogue à de la tétine de vache. Il voit encore un malade qui a, depuis très-longtemps, une quarantaine de tumeurs semblables, mais peu douloureuses ; une femme qu'il a soignée en avait beaucoup sur le tronc, mais peu sur les membres. Ces tumeurs, qu'on pourrait prendre pour des tubercules, sont, ordinairement, du cancer, et récidivent très-souvent quand on les enlève.

M. Cloquet pense que les tumeurs présentées par M. Chassaignac sont de nature fibro-plastique, et pourraient bien dépendre d'une cause scrofuleuse.

— M. GIRALDÈS fait observer que, dans la plupart des cas, ces tumeurs multiples doivent être rangées dans la classe des maladies cancéreuses, que ce soit du vrai cancer, du tissu fibro-plastique ou quelqu'un des tissus qu'on désigne sous le nom de faux cancer. Quelquefois cependant ce sont des lipomes ou des tumeurs fibreuses. Il en a vu deux cas ; dans l'un les tumeurs étaient fibreuses, et dans l'autre cancéreuses.

M. Giraldès n'attache pas à la nature des douleurs la même importance que M. Verneuil, comme signe diagnostique. Il a vu un cas de névromes généralisés, où les douleurs étaient d'une tout autre nature et n'étaient pas produites par la pression. Un malade, qui mourut d'une autre maladie dans le service de M. Piedagnel, présentait des tumeurs dans tous les nerfs, aussi bien dans les racines postérieures que dans les racines antérieures, et pourtant rien n'avait fait soupçonner l'existence de névromes, qui ne furent reconnus qu'à Clamart, où le cadavre de cet homme servait à répéter des opérations.

M. Giraldès pense que les tumeurs du malade de M. Chassaignac sont de nature fibro-plastique ou cancéreuse.

Syndactylie congéniale. — M. DEGUISE présente une petite fille de sept ans, dont les doigts annulaire et médius gauche sont réunis dans toute leur longueur, et qu'il se propose d'opérer par le procédé de M. Didot (de Liége). La mère de cette enfant présentait également une palme dans toute la longueur de deux doigts de la main droite; le grand-père en présentait une à la main gauche et une au pied droit; enfin, la grand'mère paternelle en présentait une à la main droite et une au pied gauche.

M. GIRALDÈS objecte au procédé de M. Didot, qu'il n'est bon qu'à condition d'obtenir la réunion immédiate, car si l'inflammation se déclare dans les lambeaux, ils peuvent se détacher et tomber en gangrène. Il donne la préférence à un procédé qu'il a employé aux Enfants-Trouvés. Lorsqu'il a pris le service de cet hospice, il y a trouvé une petite fille qui avait quatre doigts palmés. M. Jarjavay avait passé à la base des membranes interdigitales, des anneaux métalliques, dans l'intention sans doute d'obtenir la cicatrisation de ce point qui répondait à la commissure, avant de diviser le reste de l'adhérence. Mais la cicatrisation ne se fit pas, et le corps étranger ne faisait qu'entretenir la suppuration. M. Giraldès abandonna donc ce procédé, et eut recours à l'écrasement. Pour cela il fit construire une pince qu'il appliqua sur les membranes, et dont il serra les branches au moyen d'une vis jusqu'à ce que la membrane fût coupée. Au moyen de cette division, les doigts se sont trouvés séparés, et se sont cicatrisés isolément presque jusqu'à la commissure.

M. VERNEUIL rapporte un procédé analogue à celui de M. Giraldès, que M. Maisonneuve employa avec succès sur un enfant dont les quatre derniers doigts des deux mains étaient palmés. Ce chirurgien comprima les membranes interdigitales dans une pince formée de deux

tiges rectilignes, rapprochées par deux vis de rappel; l'une de ces vis traversait la membrane au-devant de la commissure, pour aller d'une branche à l'autre, tandis que la seconde vis passait au delà du bord libre de cette membrane. La pression fut augmentée chaque jour jusqu'à la division complète des palmatures, par un mécanisme entièrement semblable à celui de l'entérotome.

M. Verneuil, qui a publié sur ce sujet un savant mémoire dans la *Revue thérapeutique médico-chirurgicale* de 1856, examine ensuite les différentes méthodes opératoires proposées pour détruire les palmatures des doigts. Il trouve que M. Giraldès n'a pas rendu justice au procédé de M. Didot, qui a déjà été exécuté trois fois, et n'a jamais été suivi d'accidents. Ce procédé a le grand avantage de faire que les doigts, après l'opération, se répondent par des surfaces garnies d'épiderme. La section simple de l'adhérence qui a réussi entre les mains de M. Follin, est avantageuse lorsque la membrane interdigitale est assez large pour permettre la réunion des téguments, au moins sur l'un des doigts. Lorsque cette condition ne peut être remplie, il n'y a pas à compter sur les différents moyens proposés pour empêcher la réunion, tels que les anneaux de métal, les lames ou les fils de plomb interposés entre les surfaces saignantes, les bandes ou les courroies passant entre les doigts et fixées à des bracelets. Constamment les bourgeons charnus chassent ces corps étrangers, ou bien la cicatrice, prenant un point d'appui sur eux, fléchit et entraîne les parties voisines, de sorte que la main reste complétement difforme. Les meilleurs procédés en général sont le procédé de M. Velpeau, fondé sur le principe de l'interruption de la ligne des bourgeons charnus, et celui de Zeller, qui consiste à tailler un lambeau triangulaire sur la face dorsale pour le ramener vers la face palmaire de la main dans l'intervalle des doigts et former ainsi une commissure.

M. GIRALDÈS répond à ce qu'a dit, en commençant, M. Verneuil, que le procédé qu'il a employé diffère essentiellement de celui de M. Maisonneuve, d'abord par son instrument, dont la forme se rapproche de celle de la pince de Liston, avec des bords mousses au lieu de tranchants, pour diviser par écrasement, et une vis de rappel pour rapprocher les branches. En outre, au lieu d'opérer la division en plusieurs jours, comme avec l'entérotome, il l'a obtenue en vingt minutes environ.

M. VERNEUIL convient qu'il n'avait pas bien compris le procédé de M. Giraldès, qui rentre dans la méthode de l'écrasement linéaire.

M. LARREY. Je crois devoir dire, ou plutôt rappeler à la Société que M. Heurteloup a adressé à l'Académie un mémoire sur une mé-

thode générale de section des tissus, qu'il appelle *section mousse*, et dont l'application offrirait de l'analogie avec le moyen employé par M. Giraldès, ou même avec le procédé expliqué par M. Verneuil. Mais il diffère de l'*écrasement linéaire*, préconisé par M. Chassaignac.

Le moyen imaginé par M. Heurteloup, qui d'ailleurs ne paraît plus y attacher d'importance aujourd'hui, consiste en deux cylindres métalliques, plats, assez épais, mais un peu amincis sur le côté mis en rapport avec les tissus à diviser. Une force de pression mécanique très-considérable resserre graduellement ces deux cylindres l'un contre l'autre, en entamant les parties intermédiaires. Leur section s'opère d'une façon très-nette, tout à fait linéaire, sans hémorrhagie, sans perte de substance, et avec rapprochement ou réunion au contact des bords de la peau, mais aussi avec une attrition profonde des tissus divisés, et des chances d'accidents secondaires.

Il n'est pas permis de prévoir encore les résultats de ce mode opératoire, soumis aujourd'hui à l'expérimentation, mais on peut présumer qu'il serait applicable à certaines conditions pathologiques, telles que la section des palmes interdigitales.

M. DEMARQUAY a souvent vu faire par Blandin des opérations d'autoplastie pour détruire l'adhérence des doigts. Lorsque l'autoplastie réussissait, le résultat était satisfaisant.

M. HUGUIER pense que le procédé doit varier suivant l'étendue de la palmature. Si la membrane est très-large, et surtout si elle ne s'étend qu'à la moitié de la longueur des doigts, l'incision simple peut suffire. Dans un cas de ce genre, M. Huguier a pu réunir, avec succès, les bords de la peau sur le côté de chaque doigt. Si, du reste, les lèvres de la plaie avaient de la peine à s'affronter, on pourrait leur donner de la liberté au moyen d'une incision faite sur le côté opposé.

M. DEGUISE pense que M. Giraldès a été un peu sévère pour le procédé de M. Didot, et qu'il a exagéré la difficulté de disséquer la peau avec assez de tissu sous-jacent pour ne pas craindre la gangrène. Sur la malade qu'il doit opérer, M. Deguise fait observer que les deux phalanges unguéales sont tellement accolées qu'il serait peut-être impossible d'appliquer entre elles un instrument qui agisse par pression, sans causer une contusion violente des téguments, et peut-être du périoste.

M. GIRALDÈS déclare qu'il ne repousse pas le procédé Didot lorsqu'il y a assez de peau pour former les lambeaux; mais il ne voit pas comment on pourrait en tailler au niveau des phalanges unguéales. Chez la malade qu'il a opérée, le contact était intime entre les deux doigts, et il a pu cependant appliquer son instrument.

M. DEGUISE répond que, pour la réussite du procédé de M. Didot, il suffit qu'un seul des deux doigts soit recouvert par la peau, et que cela n'est même pas nécessaire au niveau de l'ongle.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. VERNEUIL, à propos du procès-verbal, demande à donner quelques explications sur un des derniers procès-verbaux.

M. Boinet présenta, le mois passé, une enfant affectée d'anus vulvaire congénital, et une discussion intéressante s'ensuivit. M. Verneuil, après avoir condamné les ponctions et les incisions périnéales pratiquées à l'aventure, ajouta qu'il n'y avait de chances de guérison qu'en soudant la paroi intestinale à la peau de la région anale, c'est-à-dire en observant ce grand principe anaplastique de l'opposition des membranes recouvertes d'épithélium dans les cas où l'on veut obtenir des ouvertures permanentes.

En faisant allusion aux insuccès à peu près constants des procédés anciens, M. Verneuil dit explicitement qu'on avait déjà réussi par les procédés anaplastiques, et il dit : « *Notre collègue M. Goyrand (d'Aix) a beaucoup insisté sur ce point, et il a montré, par des faits, la valeur du principe.* » Ce petit passage incident a été omis dans le procès-verbal de la séance. M. Verneuil désire beaucoup que cette lacune soit remplie, parce qu'il connaissait très-bien le travail de M. Goyrand, et qu'il désire avant tout que chacun retrouve son bien.

Certainement le grand mérite chirurgical de notre confrère d'Aix ne serait pas beaucoup diminué par cette omission ; mais il importe cependant, dans l'intérêt de la vérité et de la science, que son intéressant travail soit connu, et que personne ne se donne la peine à l'avenir de réinventer le procédé en question.

En disant qu'il faut souder la muqueuse à la peau, il ne faudrait pas croire que la suture ne doit comprendre que la tunique intestinale interne; dans un langage rigoureux, il est préférable de dire qu'il convient de réunir l'intestin au tégument.

M. Verneuil est presque satisfait de l'omission qui a eu lieu au procès-verbal, si elle a été pour quelque chose dans la très-intéressante note que M. Goyrand a adressée à la Société sur ce sujet.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Piachaud (de Genève) adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, une série d'observations suivies de considérations sur divers points de la pathologie externe.

Commission : MM. Larrey, Lenoir, Gosselin.

— M. le docteur Arlaud, chirurgien en chef de la marine à Rochefort, qui avait déjà précédemment envoyé des travaux pour obtenir le titre de membre correspondant, adresse, outre une observation intéressante de plaie de la verge, un mémoire sur quelques particularités anatomiques qui peuvent compliquer l'opération du débridement dans les hernies inguinales et crurales : sur une hernie inguinale sus-pubienne, et sur la conduite à tenir dans les cas d'épiplocèle irréductible.

Commission : MM. Huguier, Giraldès et Verneuil.

— MM. Michon et Monod, membres du jury du concours pour le Bureau central, écrivent pour obtenir un congé.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Etranglement d'une hernie crurale par le collet du sac. — M. VERNEUIL présente une pièce anatomique provenant d'une hernie crurale opérée par lui. Pendant l'opération, il arriva sur l'intestin sans avoir pu distinguer le *fascia cribriformis;* après l'ouverture du sac, ne pouvant réduire, il fit à l'orifice où siégeait l'étranglement une très-petite incision en haut; cela suffit pour permettre la réduction.

A la dissection, on ne put trouver de trace du *fascia cribriformis ;* le *septum crurale* était percé, et la hernie sortait par une sorte de boutonnière située entre l'arcade crurale et l'aponévrose du pectiné. On reconnut, en outre, que le collet du sac était seul incisé, et que les couches fibreuses extérieures étaient complétement intactes. L'étranglement était donc uniquement dû au collet, puisqu'il a disparu sans débridement de l'anneau, et que d'ailleurs le *fascia cribriformis*, auquel on l'a souvent attribué, n'existait pas.

Phlegmon profond de la jambe compliqué d'ostéite. — M. MARJOLIN présente une pièce sur laquelle il donne les détails suivants :

Dans la dernière séance, M. Gosselin, en parlant des fractures comminutives compliquées de plaies, disait qu'un des signes caractéristiques de ces fractures était la présence dans les liquides qui s'écoulent par la plaie de gouttelettes semblables à de l'huile et provenant très-certainement du canal médullaire. Quelques membres de la Société, et entre autres M. le professeur Cloquet, ont dit que ce signe n'appartenait pas seulement aux fractures, et qu'on le rencontrait dans quelques hernies et dans les phlegmons gangréneux. C'est à propos de ce fait que je vous présente cette pièce, sur laquelle j'aurai occasion de revenir plus tard. Elle provient d'un enfant de douze ans, le nommé Ritzinger, entré dans mon service dans le courant de mars pour un

phlegmon profond de toute la jambe accompagné d'ostéite du tibia. La seule ressource de salut qui me restait, l'amputation de la cuisse, me fut refusée par les parents, et l'enfant succomba quelques jours après à la résorption purulente.

L'autopsie du membre nous fit voir le tibia dénudé de son périoste dans presque toute son étendue; les épiphyses articulaires en partie séparées; de plus, au milieu de la suppuration, qui avait disséqué tous les muscles, on voyait un grand nombre de ces gouttes perlées semblables à des gouttes d'huile.

M. CHASSAIGNAC fait remarquer que l'observation de M. Marjolin confirme ce qu'il a dit de la présence des gouttelettes huileuses dans les plaies où les os sont à nu, sans lésion de continuité.

— La séance est levée à neuf heures.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 8 *avril* 1857.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. CLOQUET, à propos de la communication de M. Deguise, dit qu'il a souvent été consulté pour des palmatures inter-digitales, soit aux mains, soit aux pieds ; ces dernières ne nuisent pas aux fonctions de la partie, et n'ont pas d'inconvénients ; mais il n'en est pas de même pour celles des mains : aussi doit-on laisser les premières et attaquer les secondes.

Dans les opérations qu'il a pratiquées, M. Cloquet a éprouvé toutes les difficultés qui proviennent de la tendance à la récidive ; il a vu souvent combien il est difficile, après avoir séparé les doigts, de les empêcher de se réunir : c'est même cette tendance des bourgeons charnus à rapprocher les parties, qui lui a inspiré l'idée d'attaquer les fistules vésico-vaginales et les divisions du voile du palais par la cautérisation.

En considérant ce qui se passe pour les anneaux que tous les peuples ont l'habitude de placer dans le lobule des oreilles, M. Cloquet a eu l'idée de produire la destruction de la membrane inter-digitale par un procédé dont le mécanisme se rapprocherait beaucoup de celui des boucles d'oreilles.

Dans l'opération, qui consiste à percer le lobule, la peau se trouve repoussée vers l'intérieur de la petite plaie et vient à la rencontre de celle de la face opposée ; c'est pour cela que le trajet de l'instrument peut présenter, en quelques jours, une surface d'aspect cutané complétement organisé.

M. Cloquet a donc pensé que, pour empêcher la réunion des doigts après les avoir séparés, il faudrait arriver à donner aux lèvres de la plaie les propriétés de la peau ; pour cela, il propose de percer la membrane inter-digitale d'une série d'ouvertures dans lesquelles on placerait des clous de plomb de plus en plus larges, puis, ensuite, des espèces de chevilles plates, également en plomb et de plus en plus larges, de façon à détruire peu à peu les intervalles laissés entre les clous, et par conséquent la palmature, en même temps qu'on obtiendrait, de chaque côté, la réunion de la peau de la face dorsale avec celle de la face palmaire.

M. DEGUISE annonce à la Société qu'il a opéré sa malade par le procédé de M. Didot, et que les résultats immédiats sont satisfaisants; il rendra compte plus tard du résultat définitif.

M. Deguise répond ensuite à M. Cloquet qu'il a vu opérer un individu par la perforation de la membrane, dans laquelle on passait un anneau pour entretenir l'ouverture jusqu'à sa cicatrisation. La palme ne fut incisée que longtemps après l'organisation complète du pourtour de la perforation, et pourtant elle se reproduisit.

M. CLOQUET fait observer que le procédé dont parle M. Deguise n'est pas celui qu'il a proposé, puisque, dans ce dernier, la membrane se trouverait divisée dans toute sa longueur par le seul fait de l'agrandissement des ouvertures primitives, qui finiraient par se confondre en une seule fente.

M. MARJOLIN a essayé dans trois cas l'emploi du clou de plomb sans jamais obtenir l'élargissement de l'ouverture primitive, ni même la cicatrisation complète de ses bords. Sur une petite fille qui, par suite de brûlure à la partie supérieure des cuisses, présentait une membrane cicatricielle étendue de l'une à l'autre, et rejoignant les fesses en arrière de l'anus, il espéra, en traversant cette membrane au moyen d'un clou de plomb, obtenir une sorte de commissure organisée qui pût mettre à l'abri de la reproduction de la bride ; mais, au lieu de se cicatriser, les bords de la petite plaie furent le point de départ d'un travail d'ulcération : de sorte qu'il fallut abandonner ce procédé. M. Marjolin divisa la cicatrice vicieuse par une simple incision, et maintint les cuisses habituellement écartées pendant la cicatrisa-

tion, en faisant tenir l'enfant à califourchon sur un cheval de bois pendant plusieurs heures par jour.

Dans un autre cas, où il avait à détruire une bride de l'aisselle qui unissait le bras au côté du thorax, M. Marjolin passa à travers le tissu de cicatrice un fil métallique ; mais, à mesure que le fil descendait, la réunion des parties divisées se faisait au-dessus de lui ; il en fut de même en employant deux fils qui perçaient la bride l'un au-dessus de l'autre ; enfin M. Marjolin ne réussit qu'en incisant l'adhérence et en maintenant, pendant la cicatrisation, l'éloignement des parties au moyen d'un tampon de linge d'abord, et ensuite d'une attelle en équerre dont une branche était fixée au côté de la poitrine, tandis que l'autre supportait le bras.

M. CLOQUET fait remarquer la différence des conditions dans lesquelles M. Marjolin a opéré et de celles pour lesquelles il propose son procédé. M. Marjolin agissait sur des tissus de cicatrice, tandis que les palmatures des doigts sont formées par l'adossement de la peau saine.

M. GUERSANT a essayé sur des enfants presque tous les procédés proposés pour la destruction des palmatures des doigts, et constamment, lors même que l'opération avait réussi d'abord, il a vu la bride se reproduire par suite du développement de l'enfant. Chélius, qui avait aussi observé ce fait, avait renoncé à détruire les membranes inter-digitales sur les enfants, et ne les opérait pas avant dix-sept ou dix-huit ans. M. Guersant n'a jamais réussi avec le clou de plomb. Dans un cas, il l'a laissé en place pendant quatre mois sans obtenir la cicatrisation des bords de l'ouverture.

CORRESPONDANCE.

Blessure du cou par arme à feu.

M. LARREY communique une lettre de M. le docteur Sarazin, aide-major à l'hôpital militaire de Rome, sur un cas intéressant de blessure du cou par arme à feu.

Il s'agit d'un jeune ouvrier d'administration qui, le 26 juillet 1856, avait voulu se tuer d'un coup de mousqueton à la région sus-hyoïdienne, en dedans de l'angle de la mâchoire à gauche. On le trouva, immédiatement après la détonation, baigné dans son sang, et ayant perdu connaissance. Cette hémorrhagie primitive fort abondante s'arrêta toutefois spontanément, mais non sans déterminer des accidents caractéristiques assez graves : syncopes fréquentes, pâleur générale, refroidissement des extrémités, petitesse du pouls, soif inextinguible,

et vomissement de tous les liquides ingérés. La plaie, profondément contuse et déchirée, était compliquée de fractures à l'angle de la mâchoire et à la branche montante du maxillaire supérieur, de section du cartilage de l'oreille, renversée vers la nuque et suspendue par un lambeau de tégument. Le projectile était ressorti par la région temporale, en effleurant l'arcade zygomatique, sans avoir pénétré dans l'arrière-bouche.

Le médecin-major, M. Trudeau, aujourd'hui agrégé à l'Ecole du Val-de-Grâce, fit l'extraction des esquilles mobiles, remit l'oreille en position, et l'y maintint à l'aide de points de suture. L'hémorrhagie s'était complétement arrêtée; mais l'absence de pulsations dans les artères faciale et temporale superficielle indiquaient la section de ces deux vaisseaux, peut-être aussi la lésion de la maxillaire interne, de la linguale, et même de la carotide externe à sa terminaison. Le nerf facial enfin avait été coupé.

Que fallait-il faire? Le parti à prendre était délicat. Une hémorrhagie nouvelle pouvait déterminer la mort du blessé. La ligature de la carotide primitive semblait indiquée, mais la pratiquer comme moyen préventif, c'était chose grave. M. Trudeau, afin d'y suppléer, donna des instructions précises pour que la compression exacte de cette artère fût assurée immédiatement en cas d'hémorrhagie. Un pansement simple, avec de la glace sur la charpie; la diète absolue, même de tisane, pour empêcher les vomissements, le silence et une position presque inamovible furent prescrits. Aucune hémorrhagie ne reparut. Quelques esquilles secondaires furent extraites, et la détersion de la plaie se fit régulièrement. Il survint seulement un phlegmon assez considérable à l'oreille. Deux incisions donnèrent issue à la suppuration, qui persista de ce côté assez longtemps, et se compliqua de deux érysipèles successifs à la face, avec des abcès à la joue, et un autre cinq fois récidivé à la paupière inférieure du même côté. La guérison de la blessure parut presque définitive à la fin de janvier. Mais alors les traits de la face présentèrent des signes évidents d'hémiplégie, par la déviation de la bouche, l'occlusion incomplète des paupières, etc.; mais la langue a conservé l'intégrité de ses mouvements, et la parole n'est point troublée. Le doigt, introduit dans la bouche, constate uue fracture partielle de l'apophyse coronoïde. Quant à la cicatrice de la plaie, elle s'étend du niveau du cartilage thyroïde jusqu'à l'oreille, qui s'est déformée, ratatinée pour ainsi dire sur elle-même, avec adhérence du lobule et oblitération du conduit auditif.

L'état général du blessé est d'ailleurs dans de bonnes conditions.

M. Larrey, en résumant cette observation, montre un dessin de la cicatrice fort bien fait par M. Sarazin.

— **M. GOSSELIN** communique la note suivante :

Note sur la maladie hydatique du foie en Islande et l'emploi de l'électro-puncture à la destruction des acéphalocystes, par M. H. Guérault, chirurgien de la marine.

Dans une de ses dernières séances, la Société de chirurgie s'occupait de la nouvelle application, récemment faite et proposée par M. Chassaignac, des injections iodées au traitement des kystes hydatiques du foie. C'est au sujet de cette même affection, de sa prodigieuse fréquence en Islande, et d'un moyen original qu'on y a dirigé avec succès contre les acéphalocystes du foie, que je viens présenter à la Société quelques détails recueillis dans ce pays pendant le voyage de S. A. I. le prince Napoléon.

Les statistiques régulièrement dressées par ordre du gouvernement danois, et que le médecin général de l'Islande transmet chaque année à Copenhague, établissent et nous ont appris que cette maladie, relativement exceptionnelle dans tout le reste de l'Europe, attaque actuellement le cinquième de la population islandaise, chiffre incontestablement exact, mais proportion énorme et qui a lieu de surprendre, quand on voit chez nous MM. Cruveilhier et Hawkins ne pouvoir réunir qu'une dizaine d'observations d'abcès hydatiques du foie. (*Medico-chirurgical transactions*, t. XVIII, p. 28.)

L'affection hydatique islandaise, *lifrarveiki*, occupe presque toujours le foie, comme le témoigne le nom qu'elle a reçu dans la langue du pays ; toutefois on a trouvé des hydatides dans les poumons et dans les reins, au-dessus comme au-dessous du diaphragme : on en a trouvé aussi sous la peau et même dans la tunique vaginale ; mais dans la grande majorité des cas, c'est au foie que se rencontrent les acéphalocystes, soit adhérentes à sa convexité, soit logées dans son épaisseur.

La résorption et l'état stationnaire sont, nous a-t-on dit, des terminaisons très-peu fréquentes ; mais le plus souvent on voit les hydatides, après un certain temps, donner lieu à tous les phénomènes de formation, de développement et d'inflammation des abcès hépatiques : on trouve alors des tumeurs molles et fluctuantes, avec sensation particulière de frémissement, excessivement douloureuses, presque constamment accompagnées de constipation, de vomissements, d'ictère, plus rarement d'ascite et de symptômes généraux graves. Fréquem-

ment, et c'est même là le cas le plus ordinaire, on voit les tumeurs s'ouvrir spontsnément, soit à l'extérieur, en enflammsnt et perforant la paroi abdominale, soit à l'intérieur, par le cardia, le canal intestinal ou la cavité du péritoine : on trouve alors communément dans le pus, ou dans les selles ou les vomissements, soit des hydatides entières, du volume et de l'aspect d'un granule de semoule, soit au moins leurs crochets visibles au microscope et flottants dans un liquide peu coagulable par la chaleur et les acides. Il est rare d'ailleurs que ces perforations spontanées occasionnent des accidents funestes, à l'exception du cas où l'épanchement se fait jour dans la cavité du péritoine, et provoque l'inflammation mortelle de la séreuse.

Quand cette ouverture spontanée tarde trop, et que les symptômes de douleur et d'inflammation sont très-prononcés, les médecins du pays n'hésitent pas à faire des ponctions et à vider les tumeurs en plusieurs fois, suivant le procédé de M. Jobert, ou d'un seul coup, lorsque l'adhérence du sac hydatique avec le péritoine est déjà établie ; dans le cas contraire, ils cherchent à produire artificiellement cette adhérence, en ouvrant graduellement les tumeurs au moyen des caustiques, d'après la méthode de Récamier.

Enfin, dans ces dernières années, on a songé à faire appel à l'électricité ; M. le docteur Thorarensen, médecin du canton de l'est de l'Islande, a eu l'idée de tuer les acéphalocystes dans le foie au moyen de décharges électriques et à l'aide de longues et fines aiguilles d'acier, obliquement introduites aux deux pôles de la tumeur : il y a six ans déjà que ce moyen thérapeutique fut, pour la première fois, employé chez un négociant islandais, M. Simpson, et dans cette expérience unique, le succès fut prompt et complet : la tumeur s'affaissa peu à peu, et les hydatides, probablement résorbées, ne reparurent pas.

En ce moment, où chaque jour agrandit le champ de l'électricité médicale, il m'a semblé qu'il y aurait quelque utilité à faire connaître cette curieuse application de l'électro-puncture, et quelque justice à la rapprocher, pour établir sa priorité, des expériences analogues tout récemment publiées, et dans lesquelles M. le professeur Burci (de Pise) s'est proposé de faire avorter les grossesses tubaires, en tuant également par des décharges électriques le produit de conception anormalement développé en dehors de la cavité utérine.

M. GIRALDÈS prie M. Gosselin de demander à l'auteur des renseignements sur l'alimentation des Islandais, parce qu'il est démontré par les travaux des helminthologistes que les aliments sont le véhicule qui sert à l'introduction dans l'économie des germes des helminthes et des

hydatides, de sorte qu'on trouverait peut-être dans l'alimentation du pays la cause de la fréquence des hydatides.

Taille bi-latérale modifiée. — M. FORGET offre, au nom de M. Carathéodory, professeur de clinique externe à l'École de médecine de Constantinople, et médecin de Sa Majesté le Sultan, deux exemplaires d'un mémoire ayant trait à deux observations de taille par le procédé bi-latéral de Dupuytren, modifié en raison de circonstances exceptionnelles, qui furent découvertes pendant l'opération.

Dans le premier de ces cas, le volume de la pierre, qui remplissait toute la cavité de la vessie, dont les parois étaient appliquées sur elle, s'opposant à son extraction et rendant impossible l'introduction des tenettes, M. Carathéodory, après avoir vainement tenté l'introduction du brise-pierre, se décida à diviser la prostate dans son diamètre inférieur et vertical, en comprenant dans l'incision le sphincter de l'anus, selon le procédé de Sanson. Mais, au lieu de faire l'incision du côté du rectum, il procéda de dedans en dehors par l'ouverture déjà pratiquée à la vessie. Pour cela, un gorgeret ayant été préalablement introduit dans le rectum, afin de protéger sa paroi postérieure, l'opérateur porta un bistouri pointu à travers l'incision de la prostate jusqu'au col de la vessie, et divisa sur la cannelure du gorgeret tout ce qui se trouva devant son bord tranchant.

Ce débridement fut pratiqué une seconde fois, et également avec succès, dans un cas de calcul volumineux et adhérent à la paroi vésicale, afin de rendre celui-ci plus facilement accessible aux instruments opératoires.

Corps étranger dans un abcès de la marge de l'anus. — M. DEMARQUAY présente un corps étranger qu'il a trouvé dernièrement dans un abcès de la marge de l'anus qu'il a ouvert, dans le service de M. Monod. Ce corps est un morceau d'os long de 4 centimètres environ, mince et aplati. Dans deux autres cas, M. Demarquay a déjà trouvé des corps analogues dans des abcès de la marge de l'anus.

M. LARREY a trouvé deux fois des fragments d'os dans des abcès de la marge de l'anus. Il signale la grande acuité des symptômes comme pouvant faire présumer quelquefois la présence de corps étrangers dans les phlegmons voisins du rectum.

M. HUGUIER rappelle qu'en parlant des fistules à l'anus, on mentionne toujours les corps étrangers qui percent les tuniques du rectum et vont produire un phlegmon au voisinage. Chez les tapissiers, on trouve quelquefois dans les abcès de la marge de l'anus de ces petits

clous qu'ils emploient habituellement et qu'ils ont l'habitude de mettre en réserve dans leur bouche. Il y a deux ans, M. Huguier a extrait d'un de ces abcès une vertèbre de poisson.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN fait observer que le corps extrait par M. Demarquay ressemble à une dent de peigne. Ce n'est pas la première fois qu'un semblable corps est introduit dans les voies digestives. Il y a plusieurs années, M. Hervez de Chégoin avait opéré avec succès un malade de la pierre; après la guérison, cet homme fut pris d'une diarrhée et de vomissements que rien ne put calmer, et finit par mourir d'épuisement. A l'autopsie, on trouva une dent de peigne qui avait perforé les parois de l'estomac et s'y était arrêtée de façon à faire saillie par la face interne et par la face externe de l'organe.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

LETTRE SUR LA SUTURE ENTRECOUPÉE,

substituée à la suture entortillée, pour la réunion des bords du bec-de-lièvre unilatéral simple et de celui qui est compliqué de bifidité des os maxillaires.

Communiquée à la Société de chirurgie, dans sa séance du 13 août 1856, par M. G. MIRAULT, professeur de clinique externe à l'Ecole de médecine d'Angers, etc.

Messieurs,

L'objet de cette communication est de vous soumettre les résultats que j'ai obtenus de la suture entrecoupée dans l'opération du bec-de-lièvre unilatéral, et de démontrer que ce moyen de synthèse présente à cet effet des avantages remarquables sur la suture entortillée. Mais, auparavant, qu'il me soit permis, messieurs, de vous exprimer ici le vif intérêt que j'ai pris à la discussion qui, au mois de janvier dernier, s'est élevée au sein de la Société de chirurgie sur la période de la vie la plus opportune pour remédier à cette difformité. C'est avec raison que vous vous êtes déclarés contre l'opération précoce du bec-de-lièvre compliqué, et M. Michon, l'un de vos savants collègues, n'a point formulé son opinion d'une manière trop énergique en disant qu'un enfant qu'on opère dans cette situation extrême est un enfant sacrifié. Cette décision, émanée d'hommes aussi compétents, dissipera, n'en doutons pas, la pénible incertitude des jeunes praticiens, et mettra un terme à

des tentatives hasardeuses qui compromettaient l'honneur de notre art en même temps que des intérêts sacrés.

Ce n'est pas avec moins de satisfaction que j'ai lu que vous avez frappé d'une réprobation presque égale l'opération du bec-de-lièvre simple pratiquée dès la naissance. En effet, de tous les motifs que l'on a produits en faveur de cette opération, qu'à juste titre on a nommée prématurée, il n'en est aucun qui soit sérieux. La seule indication avouable, celle qui domine toutes les autres, c'est la sécurité du petit être qui est confié à nos soins. Or un chirurgien prudent ne perdra point de vue une règle si sage. Moi-même, dans le cours d'une longue pratique, je ne m'en suis point écarté, et si l'adhésion d'un chirurgien obscur pouvait être de quelque poids dans cet important débat, j'ajouterais que, dans un autre travail sur le même sujet, je me suis efforcé de faire prévaloir la doctrine que vos suffrages viennent de consacrer (1).

Après cette déclaration, que j'éprouvais le besoin de faire, j'aborde mon sujet. Je le diviserai en deux parties : dans la première, j'exposerai les faits à l'appui du mode de réunion que je propose d'appliquer au bec-de-lièvre; dans la seconde, j'apprécierai sa valeur comparée à celle de la suture entortillée exclusivement employée jusqu'ici dans le même but.

Obs. I. — *Bec-de-lièvre unilatéral simple réuni par la suture entrecoupée. — Enlèvement des fils le septième jour après l'opération. — Résection du lobule médian de la lèvre supérieure par mon procédé modifié.*

Le nommé Pihouée, jardinier, âgé de vingt-sept ans, portait à gauche un bec-de-lièvre qui n'occupait que le tiers inférieur de la lèvre. Le 22 septembre 1852, je l'opérai comme il suit, aidé de MM. Dulavouër et Feillé, internes à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

D'abord, par une incision transversale de 4 millimètres faite au bas du bord interne du bec-de-lièvre, je détachai le lobule médian, que j'avivai ensuite sur son côté externe par une incision verticale. Ces deux incisions, se réunissant à angle droit, interceptaient un petit lambeau qui adhérait encore à la lèvre par un pédicule épais. L'opération fut ensuite continuée à la manière ordinaire, excepté qu'à la fin des

(1) *Lettre sur l'opération du bec-de-lièvre*, adressée à M. Malgaigne, *Journ. de chirurgie*, t. III, p. 17, janvier 1845.

sections je pratiquai à la partie inférieure du bord externe de la fissure labiale une perte de substance angulaire en rapport de dimensions avec le petit lambeau laissé sur le côté opposé. Procédant ensuite au rapprochement des bords du bec-de-lièvre, le lambeau lobulaire, formant un angle saillant, vint se loger dans l'angle rentrant pratiqué sur le côté opposé de la manière la plus exacte. Quatre points de suture entrecoupée, savoir : deux pour le corps de la lèvre et deux pour le lobule, servirent à la réunion des parties divisées (1).

A partir du troisième jour après l'opération, et dans le but de surveiller la suture, je changeai tous les matins le plumasseau de charpie enduit de cérat et la bandelette de linge dont j'avais recouvert la plaie, et je vis, non sans une grande satisfaction, que les fils ne coupaient point les chairs. Ce ne fut que le septième jour qu'ils commencèrent de les entamer, et que je pris le parti de les retirer. Dès ce moment la restauration de la lèvre était des plus parfaites.

J'avais choisi un adulte pour faire ce premier essai d'application de la suture entrecoupée à l'opération du bec-de-lièvre. Ici, en effet, je rencontrais les conditions les plus favorables au succès : simplicité et petite étendue de la difformité, fermeté et extensibilité des chairs, docilité et en quelque sorte coopération du malade. Enhardi par le résultat, j'osai l'appliquer, comme vous le verrez ci-après, à des sujets très-jeunes. C'est aussi sur ce même malade que j'entrepris de modifier mon procédé de résection du lobule médian de la lèvre. En effet, jusque-là j'avais appliqué le lambeau, qu'on détache du côté interne, sur une surface oblique résultant de la résection de l'angle arrondi du côté externe de la fissure. Mais je n'en étais pas complétement satisfait; il restait toujours un pli sur le bord libre de la lèvre, au point de jonction du petit lambeau. C'est pour remédier à ce faible défaut que je résolus de procéder comme on l'a vu chez Pihouée, et j'ai eu lieu de m'en applaudir, puisque la configuration des parties restaurées est, dans ce dernier cas, encore plus complète.

---

(1) Je me sers à cet effet d'aiguilles longues et plates de 1 millimètre environ de largeur; ces aiguilles, lancéolées à leur pointe, sont faciles à diriger, et traversent les tissus sans effort. Celles que j'emploie pour reconstituer le lobule médian de la lèvre n'en diffèrent qu'en ce que leurs dimensions sont plus petites.

Obs. II. — *Bec-de-lièvre unilatéral simple. — Réunion par la suture entrecoupée, maintenue jusqu'au huitième jour.*

Marie Bureau, de la Salle-Aubry (Maine-et-Loire), âgée de deux ans, était atteinte d'un bec-de-lièvre qui n'intéressait que les trois quarts inférieurs de la lèvre, à gauche.

Le 10 mai 1853, je l'opérai suivant le procédé employé généralement, et je réunis par quatre points de suture entrecoupée, dont deux pour le bord libre de la lèvre, l'un en avant, l'autre en arrière. La plaie fut ensuite recouverte d'un morceau de taffetas gommé. Au bout de six jours, j'enlève les deux fils supérieurs ; ils n'avaient pas produit la plus légère division des chairs. Le huitième jour, je retire les deux fils du bord libre de la lèvre ; ils avaient commencé d'entamer les tissus, et leurs anses étaient devenues lâches. Du reste, la réunion était parfaite dans toute la hauteur de la solution de continuité ; mais il restait une encochure au bord labial, comme il arrive toujours quand on opère à l'ordinaire.

On peut remarquer, dans cette observation, que six jours entiers s'étaient écoulés sans que les tissus que comprenaient deux des points de suture en eussent encore éprouvé la moindre atteinte, et que les deux autres les avaient à peine lésés le huitième jour. Voilà la preuve la plus évidente de l'innocuité de la suture entrecoupée. Chez cette malade, j'ai appliqué, comme je le fais le plus souvent, un point de suture à la partie postérieure du bord libre de la lèvre. C'est une pratique dont je me suis toujours bien trouvé. Vous verrez dans l'observation V que, bien que j'eusse appliqué le point de suture inférieur au milieu de l'épaisseur du bord libre, il ne prévint pas un léger écartement des lèvres de la plaie en arrière de ce même bord.

Obs. III. — *Bec-de-lièvre unique et simple du côté gauche. — Réfection du lobule labial. — Réunion par la suture entrecoupée.*

Joseph Gaignard, de Saint-Mathurin (Maine-et-Loire), âgé de quatre mois et demi, portait un bec-de-lièvre unilatéral sans aucune complication.

Je l'opérai le 4 septembre 1853, en conservant le lobule médian de la lèvre, comme je l'avais fait chez Pihouée, et j'appliquai trois points de suture entrecoupée. Je recouvris ensuite la lèvre d'un morceau de taffetas gommé. Quelques heures après l'opération, l'enfant prenait le chemin de fer pour s'en retourner dans son pays, avec recommandation faite à ses parents de le ramener le septième jour.

Les 4, 5 et 6, la mère donne à teter à son enfant comme si de rien n'était.

Les 7, 8 et 9, apercevant un peu de gonflement et craignant quelque chose, d'autant plus que l'enfant ne cesse de crier, la mère suspend l'allaitement.

Le 11 (septième jour), le petit malade est reconduit à Angers. La réunion est complète. Toutefois, le point de suture du bas avait entamé les chairs dans l'étendue d'un millimètre et demi ; là existait une ulcération, mais si petite, que je ne crus pas pour cela devoir garder l'enfant. Je réappliquai une bandelette de taffetas d'Angleterre, et je le renvoyai à Saint-Mathurin. Quelques jours après, il était entièrement guéri.

Quoi de plus expéditif qu'un pareil traitement ! Une semaine a suffi pour guérir la plaie complexe, qui résultait tout à la fois de la résection des bords du bec-de-lièvre et de la restauration du lobule médian.

La simplicité de la cure chez les malades des observations précédentes m'avait inspiré une si grande confiance dans la suture entrecoupée, que je ne craignis point de renvoyer l'enfant chez lui, à cinq lieues d'Angers, jusqu'au moment que j'avais fixé pour retirer les fils de la suture. Je n'eus pas lieu de me repentir de ma hardiesse, car, lorsque le petit malade me fut ramené le septième jour après l'opération, il était dans l'état le plus satisfaisant et pouvait être considéré comme guéri.

L'observation qui suit n'offre pas un résultat moins remarquable.

Obs. IV. — *Bec-de-lièvre unilatéral simple traité par la suture entrecoupée. — Reconstitution du lobule labial.*

Marie Mimot, de la Chapelle-Saint-Sauveur (Loire-Inférieure), âgée de huit mois, portait un bec-de-lièvre unique, situé à gauche, et qui n'occupait que les deux tiers de la hauteur de la lèvre. Dans l'opération, qui fut faite le 21 août 1855, je restaurai le lobule médian et j'appliquai quatre points de suture : deux sur le corps de la lèvre, et les deux autres sur son bord libre. Immédiatement après, Marie partit pour le bourg d'Érigné, à deux lieues d'Angers.

Le 27, on me la ramène. Les fils, après six jours, n'avaient point encore entamé les bords du bec-de-lièvre, que je trouvai parfaitement réunis ; seulement les trous de passage de ces fils s'étaient un peu élargis. Ce même jour j'enlevai les deux points de suture supérieurs, et le lendemain 28 les deux inférieurs, c'est-à-dire ceux du bord libre de la lèvre. Je les remplaçai par une bandelette de taffetas gommé, et

je renvoyai Marie Mimot dans son pays, après avoir recommandé à ses parents de n'enlever le taffetas qu'au bout de cinq ou six jours. J'ai su depuis que les choses s'étaient passées conformément à mes prévisions.

Jusqu'ici, messieurs, je vous ai montré la suture entrecoupée appliquée seulement à des cas de becs-de-lièvre simples; il me reste à démontrer qu'elle peut être employée avec avantage contre certains cas compliqués de cette difformité.

Obs. V. — *Bec-de-lièvre compliqué de bifidité des os maxillaires et du voile du palais, opéré avec succès par la suture entrecoupée.*

Constance Barbary, de Trémentines (Maine-et-Loire), âgée de cinq mois, portait un bec-de-lièvre du côté gauche, compliqué d'écartement des os maxillaires. Au niveau du bord alvéolaire, cet écartement pouvait avoir 5 millimètres. Le 4 mai 1853, je l'opérai sans conserver le lobule médian, et je plaçai quatre points de suture entrecoupée, dont l'inférieur occupait le milieu de l'épaisseur du bord libre de la lèvre.

Le 8, après quatre jours révolus, j'ôtai deux fils, savoir : celui du milieu du corps de la lèvre, et l'inférieur, qui occupait son bord muqueux. Les trous de passage de ces fils s'étaient un peu agrandis; on remarquait aussi derrière le bord libre de la lèvre un petit écartement angulaire, produit vraisemblablement par la langue de l'enfant.

Le 10, six jours après l'opération, je retirai les deux derniers fils, et, chose remarquable, ils n'avaient point divisé les tissus, et leurs trous de passage étaient à peine suppurants. La réunion du bec-de-lièvre s'était faite régulièrement dans toute sa hauteur. Un morceau de taffetas agglutinatif remplaça les points de suture, et Constance Barbary put s'en retourner à Trémentines le 16 mai, douzième jour depuis son opération. A son départ, le petit écartement de la face interne de la lèvre que j'ai signalé s'était déjà cicatrisé en grande partie.

Ainsi, messieurs, dans le fait que je viens de vous rapporter, malgré l'écartement des os et l'âge encore bien tendre de l'enfant, les choses se sont passées avec autant de bonheur que dans les cas les plus simples de bec-de-lièvre. Mais d'où vient que deux des fils avaient commencé d'entamer les chairs au bout de quatre jours seulement, alors que les deux autres n'avaient rien produit de pareil après six jours révolus? Je ne trouve qu'une explication de ce fait : c'est sans doute que les deux premiers points de suture avaient été plus serrés que les deux derniers. En effet, à constriction égale, c'est ordinairement le fil appliqué sur le bord muqueux de la lèvre qui coupe le plus lentement

les tissus, et c'est le contraire qui est arrivé chez Constance Barbary.

Voici un autre cas de bec-de-lièvre compliqué, qui a été traité de la même manière et aussi heureusement.

Obs. VI. — Félix Reveillard, enfant délicat et âgé de trois ans et demi, me fut présenté pour que je l'opérasse d'un bec-de-lièvre compliqué de division des os maxillaires et du voile du palais. A la voûte palatine, l'écartement des os avait au moins 2 centimètres, mais au rebord alvéolaire, il n'avait pas plus de 3 millimètres. Je l'opérai le 11 octobre 1853, à dix heures du matin, sans refaire le lobule labial. Trois points de suture entrecoupés furent appliqués deux sur le corps de la lèvre, le troisième à la partie postérieure de son bord libre. Je mis ensuite une bandelette de taffetas gommé entre les deux points supérieurs de la suture, qui étaient un peu éloignés l'un de l'autre, et je recouvris le tout avec une large bande du même agglutinatif, qui s'étendait d'une joue à l'autre en passant en manière de pont par-dessus la plaie.

Le 17, à huit heures et demie du matin, un peu moins de six jours après l'opération, je supprime les deux fils qui ont été appliqués sur le corps de la lèvre. Ces fils, devenus vagues, avaient coupé les chairs dans l'étendue de 1 à 2 millimètres, et leurs ouvertures fournissaient un peu de suppuration.

Le fil du bord libre est un peu relâché ; cependant je le laisse en place, et je panse de nouveau avec du taffetas d'Angleterre. L'adhésion des bords du bec-de-lièvre s'était faite dans les cinq sixièmes de la hauteur de la lèvre. A sa partie la plus élevée existait encore un léger écartement des bords de la plaie, défaut de réunion qui dut être attribué à ce que le point de suture supérieur avait été appliqué trop bas.

Le 18, je retire le point de suture du bord libre de la lèvre. Il n'a déterminé par sa présence, non plus que les deux autres, pour ainsi dire aucune trace de phlogose. Dès le lendemain, huitième jour depuis 'opération, l'enfant s'en retournait dans son pays, la cicatrice soutenue et protégée par le même agglutinatif.

Si le succès n'a point été aussi complet dans ce dernier cas que dans le précédent, il faut s'en prendre non à la suture, qui a parfaitement réussi partout où elle a été appliquée, mais plutôt, je l'ai dit déjà, à ce que le point de suture supérieur avait été placé trop bas. Il fallait sur ce malade quatre points de suture au lieu de trois, et les rapprocher davantage les uns des autres. Au surplus ce léger écartement des bords de la plaie, dans le haut, n'a pas dû subsister longtemps. On sait, en

effet, qu'une solution de continuité, disposée ainsi angulairement, se ferme spontanément par le rapprochement progressif de ses côtés, du sommet vers la base du sinus qu'elle représente.

Il serait inutile, je pense, messieurs, de multiplier les observations que je viens de mettre sous vos yeux, pour prouver les heureux effets de la suture entrecoupée, appliquée au traitement du bec-de-lièvre unilatéral, soit simple, soit compliqué d'écartement des os maxillaires. Ce moyen synthétique, outre qu'il réunit exactement les bords de la plaie, les maintient affrontés plus que le temps nécessaire pour leur solide adhérence, sans occasionner leur déchirure. Vous avez vu que chez presque tous nos malades six jours au moins s'étaient écoulés avant que les chairs eussent commencé d'être entamées par les fils; c'est que ceux-ci, médiocrement serrés, ne produisent ni douleur, ni gêne dans la circulation, ni phlogose notable des tissus. Durant un traitement aussi simple, l'office du chirurgien se réduit à rien, pour ainsi dire; sa surveillance est si peu indispensable que le malade peut s'éloigner de lui immédiatement après l'opération, et ne revenir le trouver qu'au moment fixé d'avance pour retirer les fils. L'observation m'a démontré qu'en général cette ablation, qui constitue à vrai dire le seul pansement rigoureusement nécessaire, devrait se faire le sixième jour. Ce n'est pas qu'on ne puisse la faire plus tôt, puisque cinq jours et même quatre suffisent pour la réunion de la plaie, mais la présence des fils dans les chairs, alors même qu'ils les ont déjà un peu entamées, est si peu nuisible, que j'ai cru devoir, dans presque tous les cas, enlever les points de suture plutôt au delà qu'en deçà de l'époque que je viens d'assigner.

Ces résultats si satisfaisants font un grand contraste avec ce qui se passe quand on réunit les bords du bec-de-lièvre par la suture entortillée : les épingles droites et inflexibles, qu'on laisse séjourner dans l'épaisseur de la lèvre, produisent sur elle un tiraillement douloureux ; le fil dont on les entoure comprime les tissus, gêne la circulation, et quand le gonflement s'est manifesté, les étrangle. Ou je me trompe beaucoup, ou ce sont là les conditions les plus capables de produire l'inflammation et la déchirure des chairs. L'induction seule ferait supposer ces désordres, si l'expérience journalière ne les démontrait. Dans un autre travail sur le même sujet (1), j'ai produit des faits qui montrent avec quelle rapidité les épingles coupent les chairs chez les jeunes enfants. Sur une petite fille de sept mois (Mélanie Besnier), qui

(1) *Loco citato.*

portait un bec-de-lièvre unilatéral compliqué de fissure inter-maxillaire, les tissus soulevés par les épingles étaient en grande partie divisés trente-deux heures après l'opération, et pareil effet avait été produit, au bout de quarante-trois heures, chez un garçon de vingt sept mois atteint de la même monstruosité.

Ces accidents de la suture entortillée, que je n'ai point exagérés et qu'expliquent suffisamment le défaut de souplesse et la sécabilité remarquable des lèvres chez les jeunes enfants, sont, durant les premiers jours, l'objet d'une préoccupation continuelle pour l'opérateur. Obligé souvent de retirer les épingles à une époque où la réunion est trop faible encore pour résister à la rétractilité naturelle des chairs et à la contraction des muscles, il maintient rapprochés comme il peut les bords de la plaie; heureux si, par des moyens auxiliaires, il prévient la rupture de la cicatrice et une difformité pire encore que celle qu'il s'est efforcé de corriger. Pour moi, qui me suis trouvé plus d'une fois dans cette pénible situation, je ne cacherai point l'anxiété qu'elle m'a causée; j'avouerai même que pendant bien des années, et jusqu'au moment où j'ai eu l'idée de recourir à la suture entrecoupée, je n'ai point entrepris une seule opération de bec-de-lièvre sans ressentir une certaine inquiétude, que les soins extrêmes que je me proposais d'y apporter ne pouvaient dissiper.

D'autres que moi ont signalé les défauts de la suture entortillée appliquée au bec-de-lièvre. Personne n'ignore les attaques auxquelles elle a été en butte de la part de Pibrac et de Louis. Si ces chirurgiens célèbres ne sont point parvenus à l'écarter de la pratique, c'est qu'ils n'ont su proposer pour la remplacer qu'un moyen encore plus infidèle. Les tentatives qu'on a faites à diverses époques pour perfectionner cette suture prouvent d'ailleurs qu'on n'en était pas satisfait. C'est ainsi que J. L. Petit proposa ses épingles flexibles pour éviter la traction produite sur les tissus par les épingles rigides, que M. le professeur P. Dubois a eu l'idée de desserrer les fils au début de la période de gonflement, pour prévenir l'étranglement des chairs, tandis que Bonfils (de Nancy), avouant, par le fait, la défiance que lui inspirait la suture entortillée, a cru devoir en assurer le succès, sur les enfants naissants, en confiant aux mains d'aides intelligents le soin de maintenir en contact les bords de la plaie, jusqu'à ce que la cicatrice fût suffisamment solide. Mais ces modifications, tout ingénieuses qu'elles soient, ne sont encore que des palliatifs d'une méthode défectueuse. Les épingles, pour agir alors un peu moins vite, n'en coupent pas moins les tissus.

Ainsi, messieurs, ce n'est pas sans des motifs graves que je m'élève aujourd'hui contre l'emploi, dans le traitement du bec-de-lièvre, d'un moyen qui ne méritait point la faveur dont il a joui pendant des siècles, et que je milite pour lui substituer un autre procédé de suture, vulgaire sans doute, mais aussi efficace qu'il est simple, et que jusqu'ici on n'avait point songé à appliquer à la restauration de cette difformité.

J'ose espérer que les faits que j'ai consignés dans ce travail justifieront à vos yeux une entreprise que je serais heureux de voir sanctionner par le suffrage de la Société de chirurgie.

Séance du 15 avril 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Exostoses épiphysaires nombreuses. — M. HUGUIER présente un jeune homme de dix-sept ans, qui s'est aperçu, il y a quatre ou cinq ans, de l'existence d'exostoses épiphysaires, au nombre de douze, qui se développaient sur ses os dans les points qui sont le siége habituel des tumeurs de ce genre. On en trouve quatre à la face interne des tibias, deux un peu au-dessous des condyles internes, et deux autres un peu au-dessus des malléoles internes. Les péronés en offrent deux au-dessus des malléoles externes; chacun des fémurs en présente sur ses faces interne et externe, au-dessous des condyles; enfin, on en trouve une sur le bord antérieur de chaque humérus, sous le deltoïde.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. DEGUISE annonce à la Société que la malade, qu'il a opérée pour une palmature des doigts, a été prise de pourriture d'hôpital.

M. LARREY demande à M. Deguise si c'est bien de la pourriture d'hôpital et non de la gangrène, et s'il existe une épidémie de pourriture d'hôpital dans la salle où sa malade est traitée.

M. DEGUISE répond que sa malade est bien certainement atteinte de pourriture d'hôpital; elle est chez ses parents, il est vrai, mais dans les plus mauvaises conditions hygiéniques.

RAPPORT.

M. ADOLPHE RICHARD, au nom d'une commission composée de MM. Huguier, Morel-Lavallée et lui, donne lecture du rapport suivant, sur un travail de M. Roux (de Brignolles) intitulé *Observation de tumeurs sébacées.*

Messieurs,

Nous avons entendu le 15 octobre dernier la lecture d'une observation de deux tumeurs fort singulières enlevées par M. Roux (de Brignolles), professeur à l'Ecole de médecine de Marseille. Vous m'avez chargé, avec MM. Huguier et Morel, de vous rendre compte de ce travail, à la suite duquel notre distingué confrère sollicite le titre de membre correspondant de notre Compagnie.

Le sujet de l'observation est une jeune fille d'une quinzaine d'années qui portait trois tumeurs : l'une, développée dans la première enfance, s'étendant de l'arcade zygomatique au milieu de la joue droite, plate, peu apparente; la seconde à la nuque, entre les attaches occipitales des trapèzes; enfin, la troisième dans la région temporale gauche.

Ces deux dernières tumeurs ont paru assez longtemps après la première, à dater de la huitième année; ce sont ces deux qu'a enlevées le chirurgien, parce que seules elles causaient de la difformité; ce sont elles qui vous ont été décrites et présentées dans la séance du 15 octobre dernier.

Déjà, avant l'opération, les inégalités mamelonnées qui hérissaient la surface de ces tumeurs, leur consistance dure et comme pierreuse, avaient fait pressentir à M. Roux qu'il s'agissait là d'un fait au moins insolite; mais, quand elles eurent été énucléées du tissu cellulaire souscutané qui les contenait, leur singulier aspect frappa davantage encore notre confrère, et nous valut de sa part l'occasion d'en pouvoir faire l'histologie.

Vous pouvez juger en effet, messieurs, sur cette moitié de l'une des deux tumeurs que j'ai l'honneur de vous soumettre, qu'une masse pareille développée sous la peau s'offre sans doute pour la première fois à votre observation : forme irrégulièrement arrondie, coupe uniforme, blanche, éburnée; dans l'autre tumeur, un peu plus plâtreuse, consistance dure, pierreuse, exactement analogue à celle du stuc; surface très-inégale, irrégulièrement muriforme; tels sont les caractères extérieurs.

L'examen microscopique, dont notre éminent confrère M. Ch. Robin a bien voulu se charger, vient fournir la solution du problème posé à

l'anatomiste par cette conformation étrange. C'est un de ces cas dans lesquels le microscope seul peut nommer une maladie, et il a prononcé qu'il s'agissait là de tumeurs osseuses.

Voici en quels termes M. Ch. Robin résume les résultats de son examen :

» La coupe mince du tissu de la tumeur faite sur plusieurs parties de celle-ci a partout montré la structure suivante :

» 1° Les sept ou huit dixièmes de la masse environ sont constitués par de la substance osseuse offrant tous les caractères qu'elle offre à l'état normal, savoir : substance homogène compacte parsemée des petites cavités caractéristiques (ostéoplastes, corpuscules des os, etc.), de la périphérie desquelles partent de nombreux canalicules très-fins, très-élégants, quelquefois anastomosés avec ceux des ostéoplastes voisins. On aperçoit çà et là, surtout vers la surface, des canalicules de Havers ou canaux vasculaires de la substance osseuse ; mais ils sont rares, comparativement à ce qu'on voit dans la majorité des tumeurs osseuses, très-rares à côté du nombre de ceux qui existent dans les os normaux. Autour de ces canalicules on voit la substance osseuse disposée en couches concentriques, comme dans l'os normal ; seulement cette disposition, bien que reconnaissable, est moins nette qu'à l'état sain.

» 2° Le reste de la masse est formé par une substance amorphe, compacte comme la substance de l'os, mais pourtant plus granuleuse et un peu striée. Cette substance s'enfonce, sous forme de veines (comparables à celles du marbre quant aux sinuosités), dans la substance osseuse qu'elle divise ainsi en îlots, diversement configurés. Bien qu'immédiatement adhérente à la matière osseuse, celle dont il est ici question s'en distingue nettement au plan de jonction. Elle offre, sous le microscope, les caractères extérieurs du tissu des corps fibreux de l'utérus encroûtés de substances calcaires. La composition intime semble être la même, car cette matière homogène et striée, dépourvue d'ostéoplastes, dégage par l'acide chlorhydrique plus de gaz que la substance osseuse, et laisse une trame transparente également un peu striée. »

Vous voyez, messieurs, que nous devons attacher un grand prix à la communication de M. Roux, laquelle nous signale le premier exemple de tumeurs osseuses sous-cutanées. Peut-être doit-on en rapprocher certains enchondromes observés également sous la peau. Outre la parenté des deux tissus, c'est la même forme, la même dureté, la même inégalité de surface, la même marche lente.

On peut remarquer de plus que le tissu cartilagineux morbide paraît avoir de la tendance à se développer dans les glandes superficielles, la parotide, le testicule, la mamelle, et peut-être le siége des tumeurs osseuses ou cartilagineuses sous-cutanées se trouve-t-il dans les glandes sébacées, annexes du follicule pileux.

Messieurs, le nom de M. Roux (de Brignolles) est connu de nous tous; car il figure de la façon la plus honorable dans l'histoire de la chirurgie contemporaine. M. Roux est professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Marseille et membre correspondant de l'Académie de médecine.

Après avoir examiné les titres de M. Roux (de Brignolles), M. le rapporteur propose :

1° De déposer honorablement le travail de M. Roux dans les archives de la Société;

2° De nommer, sur sa demande, M. Roux (de Brignolles) membre correspondant de la Société de chirurgie.

La Société vote le dépôt du mémoire dans ses archives.

M. Roux (de Brignolles) est nommé membre correspondant à l'unanimité.

CORRESPONDANCE.

M. MARJOLIN donne lecture d'une lettre de M. le professeur Heyfelder sur trois nouveaux cas de désarticulation coxo-fémorale.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

De la maternité et de l'obstétrique chez les Hébreux, par le docteur Mattei.

Sur la source minérale de Soultzbad, par le docteur Eissen.

De l'exercice illégal de la médecine et des moyens de le réprimer, par les docteurs Loreau et Munaret.

La première année de la deuxième série du *Journal de médecine de Bordeaux*, par le docteur Costes.

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

M. LARREY. L'intéressante lettre de notre honorable collègue M. Heifelder ajoute trois nouveaux faits de sa pratique à tous ceux qui démontrent les résultats funestes de la désarticulation de la cuisse faite primitivement pour des blessures par armes à feu.

Telle serait la conclusion de la statistique générale établie en 1854 par M. Bohm, puisque, sur un ensemble de 89 cas, 30 amputations coxo-fémorales pratiquées pour des blessures représentent 23 morts et 7 guérisons seulement. Resterait à savoir encore si les 7 guérisons ne se rapportent pas à des amputations consécutives plutôt qu'à des

amputations primitives. C'est ce que M. Bohm a dû rechercher ; mais M. Heifelder ne rappelle pas cette désignation de l'époque à laquelle, pour mon compte, j'attache beaucoup d'importance.

La Société se souvient que j'ai eu occasion d'y insister dans un rapport sur un travail fort bien fait par M. Legouest au même point de vue, et dans un autre rapport sur une savante monographie de M. W. Sands Cox (de Birmingham).

Ajoutons que M. Stromeyer, d'après une citation de M. Heifelder lui-même, semble réprouver tout à fait l'amputation primitive de la cuisse dans l'articulation pour les blessures par armes à feu.

M. GIRALDÈS propose, en raison de l'intérêt qu'offre la lettre de M. Heifelder, d'attendre pour la publier qu'on ait pu se procurer les renseignements qui y manquent.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fracture de l'humérus avec enfoncement, par morsure de cheval. M. HUGUIER présente un humérus provenant d'un homme mort d'érysipèle à la suite d'une morsure de cheval à la partie supérieure du bras. On voit sur cet humérus quatre points nécrosés correspondant aux quatre dents qui ont agi sur l'os. Dans un de ces points, une portion de l'os a été complétement isolée des parties voisines et enfoncée dans le canal médullaire.

M. LARREY. La pièce anatomique, présentée par M. Huguier comme exemple de fracture due à une morsure de cheval, me rappelle un fait comparable à celui-là, que j'ai observé en 1855 au Val-de-Grâce:

Un cavalier de la garde de Paris (nommé Pébay) avait été mordu à la hanche gauche par un cheval, sans que la peau fût entamée; mais le grand trochanter avait été si violemment serré par la mâchoire de l'animal, qu'une ostéo-périostite survint, et ensuite un vaste abcès symptomatique. La ponction et des injections iodées furent faites sans succès. Je dus ouvrir largement la poche purulente, et nous pûmes constater une dénudation de l'os avec friabilité. Cette consistance friable était-elle due à la carie ou à une fracture par écrasement ? Je ne saurais me prononcer à cet égard, et je n'ai pu examiner le fait ultérieurement, car le malade, sorti de l'hôpital, parvint, après beaucoup de temps, à la guérison de son abcès ; mais il finit par succomber, dans sa famille, à une phthisie pulmonaire développée secondairement à la morsure de la hanche.

Balle enchatonnée dans la cavité thoracique et ayant déterminé la formation d'un anévrysme de l'aorte. — M. HUGUIER présente encore la partie supérieure du sternum avec l'extrémité des côtes correspondantes d'un homme qui avait reçu en duel une balle au niveau du cartilage de la deuxième côte. A partir de ce moment, il avait eu des palpitations et de l'oppression qui durèrent jusqu'à sa mort. Vingt ans après la blessure, il revint à l'hôpital Beaujon pour un anévrysme de la crosse de l'aorte, dont il mourut bientôt. A l'autopsie, on trouva un anévrysme énorme qui avait corrodé le sternum et l'extrémité sternale de plusieurs côtes. Ces os se trouvaient à nu dans l'anévrysme, et sur l'extrémité de la deuxième côte, on trouva la balle enchatonnée par des stalactites osseuses. M. Huguier pense que la balle a été la cause de l'anévrysme.

M. BROCA n'admet pas que la balle ait pu avoir d'influence sur la formation de l'anévrysme, autrement que par l'irritation qu'elle pouvait entretenir dans les tuniques de l'artère.

M. LARREY partage l'opinion de M. Broca ; il admet que la balle a pu causer l'anévrysme par suite de la contusion des parois de l'artère, ou par l'inflammation qu'elle entretenait dans les tissus voisins. On peut supposer aussi que le blessé, en pruie à des inquiétudes incessantes, par la présence du projectile au-dedans de la poitrine, s'est trouvé dès lors dans les conditions morales généralement regardées comme causes prédisposantes de l'anévrysme de l'aorte.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, DÉSORMEAUX.

Séance du 22 avril 1857.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur de l'isthme du gosier. — M. HUGUIER présente un malade qui fait le sujet de l'observation suivante :

Le 17 avril 1857 est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Hippolyte Gibert, âgé de trente-neuf ans, cocher.

Cet homme est d'une bonne santé habituelle et n'a jamais été malade ; il paraît même d'une constitution robuste. Seulement, depuis un

an qu'il a perdu sa femme, il a maigri, et il attribue cet effet au chagrin qu'il en a éprouvé.

Il y a deux mois, il s'aperçut par hasard qu'il avait dans la bouche, du côté droit du voile du palais, une petite tumeur du volume d'une noisette; depuis cette époque, cette tumeur a grossi insensiblement, et il affirme n'y avoir jamais éprouvé de douleurs.

Nous constatons à l'entrée du malade, du côté droit dans le fond de la bouche, une tumeur du volume d'une petite pomme, mais inégale et mamelonnée, limitée en dehors par l'angle du maxillaire inférieur, s'étendant en dedans et envahissant environ les deux tiers du voile du palais, en même temps qu'elle déjette la luette contre l'amygdale gauche, de façon à ne laisser qu'un passage étroit à l'isthme du pharynx; en arrière, elle se prolonge assez profondément dans la gorge sans qu'on puisse assigner avec le doigt de limites précises. Cette tumeur est indolore, rénitente, mais offrant dans certains points une fluctuation manifeste; sa coloration est plus foncée que celle de la muqueuse environnante. Une ponction exploratrice laisse écouler une sérosité sanguinolente; la tumeur diminue, mais ne se vide pas. La respiration est libre; la déglutition est gênée d'une manière notable et la parole voilée; l'audition de l'oreille du côté correspondant n'est nullement troublée. Mais les ganglions qui entourent le maxillaire inférieur, tant en arrière qu'en bas, sont engorgés et légèrement douloureux à la pression.

Le malade ne sait à quelle cause attribuer l'origine de cette tumeur; il a pris dans sa jeunesse l'habitude de *chiquer*, mais il observe que sa consommation de tabac est très-minime, et ne s'élève pas à plus de 5 centimes pour deux jours.

Il n'a aucun antécédent syphilitique; il accuse seulement un écoulement, qui remonterait à quinze ans de date.

Diagnostic. — M. Huguier pense que cette tumeur a pour point de départ l'amygdale du côté droit; il croit à sa nature maligne.

M. VERNEUIL rapproche de ce fait ceux qui ont été décrits par Syme dans une leçon publiée dans la *Lancet* sous le titre de *Faucium fibrous tumors*; et qui, suivant cet auteur, amènent fatalement la mort par suite de leur accroissement, alors même qu'elles n'ont aucun caractère malin. M. Verneuil pense qu'il faut extirper cette tumeur, qui finirait par asphyxier le malade. En général, dans les tumeurs de ce genre, l'opération est très simple; la tumeur, une fois découverte, est très-facile à énucléer.

M. HUGUIER déclare qu'il est disposé à agir en considérant que le

malade est voué à une mort certaine. Mais il pense qu'il pourra rencontrer des difficultés, parce qu'il est possible que la tumeur envoie des prolongements dans le voisinage; peut-être même autour de l'artère carotide externe.

M. LENOIR rapporte un cas analogue à celui de M. Huguier. Le malade avait été opéré une première fois par M. Follin, et le mal avait récidivé; les ganglions correspondants étaient engorgés : la mort paaissait inévitable. M. Lenoir voulut essayer néanmoins le traitement par l'iodure de potassium : bientôt la tumeur commença à diminuer, et finit par disparaître complétement.

D'après ce fait, M. Lenoir pense que M. Huguier fera bien d'essayer l'iodure de potassium avant d'en venir à l'opération.

M. CHASSAIGNAC a enlevé une tumeur du même genre; l'opération n'offrit pas de grandes difficultés, mais il y eut récidive. Dans la crainte d'une hémorrhagie, il avait passé sous la carotide une ligature qu'il laissa sans la serrer, et dont il n'eut pas besoin. Lorsqu'il présenta ce fait à la Société de chirurgie, la plupart de ses membres blâmèrent la ligature passée sous la carotide.

M. HUGUIER déclare qu'il a déjà administré l'iodure de potassium à son malade pendant dix jours; il le continuera pendant quinze ou vingt jours. Si ce traitement ne produit pas d'effet, il aura recours ensuite à l'opération. Une autre fois déjà il a enlevé une tumeur analogue, développée aussi dans l'amygdale; elle était formée par l'agglomération d'une multitude de petits kystes. Il n'y eut pas de récidive, bien que les parties saillantes aient été seules enlevées.

Anévrysme artérioso-veineux du pli du bras. — M. LARREY. Le hasard ou l'une de ces coïncidences connues des chirurgiens réunit en ce moment, dans mes salles de clinique au Val-de-Grâce, trois cas intéressants d'anévrysme, l'un artérioso-veineux du pli du bras, le second traumatique de la cuisse, le troisième spontané du jarret. Je ferai connaître ceux-ci à la Société, après lui avoir présenté le premier des cas dont il s'agit.

C'est un soldat du 97e de ligne, nommé B..., âgé de vingt-cinq ans, atteint depuis trois ans d'une forme d'anévrysme assez remarquable. En voici l'origine et le développement. Ce militaire, entré en 1854 à l'hôpital de Narbonne, pour une maladie inflammatoire, est saigné dans le mois d'octobre à la veine médiane basilique du bras droit, sans qu'aucun accident, sans qu'aucune particularité notable semble résulter de cette petite opération. Elle a d'ailleurs été pratiquée deux fois

antérieurement vers le même point. Le bandage ordinaire de la saignée, un peu plus serré seulement que dans les circonstances précédentes, est laissé en place pendant quatre jours. A la levée de l'appareil, la plaie se trouve cicatrisée ; mais elle est soulevée par une petite tumeur du volume au plus d'une noisette, et d'une consistance molle, dépressible, élastique, pulsatile, avec sensation de fourmillement pour le malade.

Sans plus s'en inquiéter pourtant, ce militaire reprend son service quinze jours après, et au bout de six ou sept mois, il part pour la Crimée. C'est alors que les fatigues de la tranchée lui font éprouver d'abord un engourdissement pénible dans le membre, et remarquer ensuite une dilatation progressive des veines du pli du bras. Un peu de repos lui devient nécessaire, et un service facile lui est confié. B... rentre en France, où il est exempté encore de tout travail fatigant ; mais à la suite d'une revue, où il est obligé de porter pendant longtemps son fusil, il se plaint de douleurs dans le bras dont il a déjà souffert, durant l'hiver précédent, avec sensation de froid, d'engourdissement et de pesanteur, lorsque surtout il laisse le membre pendant le long du corps.

Le malade entre enfin au Val-de-Grâce le 14 avril 1857, et après nous avoir fourni les renseignements qui précèdent, il nous montre son bras dans les conditions suivantes :

Le membre, placé dans une demi-extension naturelle, présente au pli du coude, en dedans du tendon du biceps, sur le trajet de la veine médiane basilique, une tumeur oblongue dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, de 12 centimètres de long, flexueuse comme les varices, mais arrondie, bosselée au tiers supérieur, du volume d'une noix, et offrant sur sa paroi interne la saillie de la médiane basilique. Elle laisse voir à sa surface deux petites cicatrices et une autre au dessous, résultant de saignées. Cette tumeur, recouverte d'une peau fine, souple et sans adhérences, est molle, dépressible et pulsatile dans toute son étendue. Ses pulsations isochrones aux battements du pouls impriment à son soulèvement une sorte de projection vermiculaire, partant de la bosselure principale, pour se perdre à distance au-dessus et au-dessous d'elle. La main y perçoit un frémissement marqué, sensible même pour le malade. L'oreille y constate un bruit de souffle continu avec un redoublement isochrone à la diastole artérielle. La compression circulaire au-dessous de la tumeur fait accroître son volume. Une pression légère sur les flexuosités supérieures les affaisse, en provoquant la tension des flexuosités inférieures ; et une

pression même faible sur la paroi superficielle de la tumeur principale la fait disparaître presque instantanément, avec tout le reste de la dilatation phlébectasique. La paroi profonde est soulevée seulement par les pulsations de l'artère humérale. La compression de cette artère au tiers supérieur du bras suspend les battements de la tumeur, mais augmente la dilatation veineuse. On peut, en diminuant la pression, modifier à volonté ces phénomènes et obtenir le bruit de souffle intermittent des anévrysmes. L'élévation seule du membre fait disparaître aussitôt la tumeur en grande partie. Ses flexuosités s'effacent d'abord par cette simple position, et la saillie principale s'affaisse ensuite, en montrant qu'elle est formée par une poche anévrysmale bien distincte.

Outre cette dilatation de la médiane basilique, on observe celle de la médiane céphalique et de la céphalique, qui présente presque le volume du petit doigt jusqu'à l'insertion humérale du deltoïde. D'autres veines collatérales dans la région du coude offrent également une dilatation prononcée, mais cet état phlébectasique s'arrête au tiers supérieur de l'avant-bras.

Le susurrus perçu dans la médiane basilique existe aussi dans la céphalique où des battements artériels sont pareillement appréciables, et ces phénomènes disparaissent sous les mêmes influences qui les font cesser dans la principale tumeur. Le pouls radial n'est pas sensiblement modifié.

Quant aux sensations éprouvées par le malade, elles se réduisent à une impression vague de froid, à un frémissement léger dans les masses musculaires de l'avant-bras, lorsque le membre reste pendant le long du corps, et à un sentiment de pesanteur, de fatigue, par l'effet de quelques travaux pénibles. Mais les mouvements simples du coude, du poignet et des doigts, s'exécutent facilement.

Tel est, en résumé, ajoute M. Larrey, le cas d'anévrysme artérioso-veineux que je viens soumettre à l'examen de la Société. Il me semble dans les conditions les plus propres à l'emploi de la compression directe, au moyen d'un appareil convenable, peu serré, secondé enfin par la position et le repos du membre.

Je ferai connaître plus tard la suite de cette observation, qui est recueillie avec le plus grand soin par le docteur Lhonneur, aide de clinique au Val-de-Grâce.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Fistules uretéro-vaginales.— M. le professeur **ALQUIÉ**, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Montpellier, lit l'observation suivante :

Les fistules urinaires chez la femme ont été, surtout de nos jours, l'objet de travaux fort utiles et fort nombreux. En outre des fistules ou perforations urétro-vaginales et vésico-vaginales du col et du bas-fond de la vessie, M. le professeur Bérard a signalé les fistules *uretéro-utérines* (1), M. le professeur Jobert, les fistules *vésico-utérines* et *vésico-utéro-vaginales* (2), M. le docteur Léo-Barbier, surtout les fistules *vésico-intestinales* (3). Mais l'économie humaine se montre tellement diverse que, malgré toutes ces espèces pathologiques, on peut encore en rencontrer de nouvelles. Telle est celle qui s'est offerte à notre observation chez une malade dont nous allons rapporter l'histoire.

Fistule uretéro-vaginale par suite d'un accouchement laborieux; écoulement continu d'urine par la vulve; cautérisation répétée et inefficace, par M. le docteur BLANC, chef de clinique chirurgicale.

Au nº 17 de la salle des femmes est couchée Marianne Benoît, âgée de trente ans, née aux Piles (Drôme), exerçant la profession de domestique, mariée depuis plusieurs années, entrée le 15 décembre 1856 à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier. Elle se plaint d'un écoulement qui aurait lieu par les voies génitales et qui remonterait à quinze mois.

Elle a eu deux accouchements assez laborieux pour qu'on ait eu recours à l'application du forceps. A la suite du dernier accouchement, sept ou huit jours après, elle s'aperçut qu'elle rendait de l'urine par le vagin. Le médecin qui la visita lui dit qu'elle avait une fistule vésico-vaginale, qu'elle perdait ses urines à travers un orifice tellement étroit qu'on ne pouvait le voir. La constitution de cette femme est robuste, ses fonctions s'exécutent bien, mais l'odeur urineuse qu'elle exhale, le dégoût que lui inspire la souillure de ses vêtements et de sa couche, les excoriations à la vulve et à la face interne des cuisses, ont fini par l'engager à venir à Montpellier.

M. le professeur Alquié a cherché, en examinant attentivement les voies génitales, à découvrir la source de cette dégoûtante infirmité ;

(1) *Dictionn. méd. en* 30 *vol.*, art. VAGIN (*fistules*), p. 499.
(2) *Traité des fistules vésico-utérines, etc.* 1 vol. in-8º, 1852.
(3) *Observations, etc.*, 1843, in-8º.

mais à quatre reprises différentes, à l'aide du toucher, de spéculums de plusieurs formes, du stylet et de la sonde de femmes introduits dans la vessie, enfin des injections de lait, on n'a pu découvrir l'orifice par où l'urine s'échappait. Aussi on a pensé un moment qu'il s'agissait d'une incontinence d'urine, ou bien d'une fistule faisant communiquer la vessie avec la cavité du col utérin.

Or, on ne pouvait admettre une simple incontinence, puisque la malade sentait du liquide dans le vagin. D'un autre côté, malgré la déformation du col et l'impossibilité naturelle de voir le liquide se déverser dans la cavité de l'utérus, on ne pouvait conclure à l'existence d'une fistule vésico-utérine, puisque les injections ne passaient point de la vessie dans le col de l'utérus.

On se décida à une cinquième exploration, et l'on fit faire, le 9 avril 1857, une forte décoction de bois de Campêche que l'on poussa dans la vessie; mais rien ne s'écoula ni par le vagin, ni par le col de la matrice.

Le 12 janvier, en examinant cette femme, on n'a pu faire passer l'injection colorée par aucun point fistuleux en distendant la vessie; mais on a vu de l'urine sortir du côté gauche du vagin, et au niveau de la lèvre postérieure du col utérin.

Si nous tenons compte de l'accouchement laborieux qui a eu lieu; si nous faisons observer que ce n'est que sept ou huit jours après l'accouchement que l'écoulement s'est manifesté; si nous rappelons qu'à chaque exploration la sonde introduite dans la vessie par l'urètre a toujours trouvé un peu d'urine; si nous rapprochons de ces notions l'impossibilité de faire passer une injection de la vessie dans le vagin ou dans l'utérus, et le passage goutte à goutte de l'urine dans le vagin, à travers un pertuis très-étroit et très-élevé à gauche du col, nous sommes porté à croire que nous avons affaire à une communication accidentelle entre l'uretère gauche et le côté gauche du vagin, au point où l'uretère côtoie le vagin avant de pénétrer obliquement dans la vessie aux angles postérieurs du trigone.

Cette fistule *uretéro-vaginale* admise, nous comprenons tous les phénomènes observés. Un seul uretère est fistuleux, l'autre amène de l'urine dans la vessie, où nous en avons toujours trouvé à chaque cathétérisme; les injections ne passent point par la fistule, parce que l'uretère est bouché à son entrée vésicale par la valvule muqueuse, lorsqu'on distend la vessie par du liquide.

L'écoulement s'échappe goutte à goutte parce que l'uretère ne contient qu'une très-petite quantité d'urine.

On a fait le 12 janvier la cautérisation du pertuis avec un crayon de nitrate d'argent vers trois heures de l'après-midi. Mais pendant la nuit il est survenu des douleurs assez violentes du côté gauche, vers le rein gauche, et en même temps, il ne s'est pas écoulé d'urine; nous noterons que cette femme a un peu vomi.

Le 14, nous remarquons à la visite du matin que le lit est de nouveau souillé par l'urine et que la malade ne souffre plus.

Le 16, on fait une nouvelle cautérisation, qui n'amène que de légères douleurs, sans phénomène sympathique de l'estomac; la malade retire momentanément les bénéfices de cette opération, qui a été répétée depuis. Nous dirons que l'amélioration n'a été que momentanée, qu'elle a toujours suivi immédiatement chaque cautérisation; mais il ne nous a pas été permis de suivre longtemps les effets de ce traitement, parce que cette femme, fatiguée des explorations, des cautérisations et de la reproduction du passage de l'urine à travers la fistule, a demandé à sortir de l'hôpital le 19 février 1857.

Lorsque nous nous livrâmes à l'examen de cette femme, nous éprouvâmes en effet à plusieurs reprises les plus grandes difficultés pour reconnaître le point d'où s'écoulait l'urine. Au niveau du col de la matrice, attiré du reste à droite et offrant de profondes déchirures qui annonçaient la lenteur et les difficultés de l'accouchement au moment où la tête du fœtus se trouvait au couronnement; à droite et sur la paroi supérieure du vagin se trouvait un pertuis fort déprimé, et caché au milieu de froncements inodulaires de la muqueuse vaginale. Considérant l'écoulement continu de l'urine, l'impossibilité de porter une sonde ou un simple stylet de la vessie dans le vagin, ou de ce conduit dans la vessie à travers les pertuis fistuleux; constatant que la malade gardait dans la vessie et rendait volontairement par l'urètre une quantité d'urine à peu près égale à celle qu'elle perdait lentement par la vulve; expérimentant, enfin, que tout liquide injecté dans la vessie ne passait nullement par la fistule, qui ne cessait cependant de laisser suinter de l'urine, nous fûmes amené à penser que la source de ce liquide et de la fistule était dans l'uretère correspondant.

Cette induction tirée de l'observation clinique simple fut confirmée et par la suite du traitement et par les recherches anatomiques.

Comme nous l'avions annoncé d'avance, la cautérisation du pertuis fistuleux à l'aide du nitrate d'argent, en déterminant le gonflement et le contact des bords de la fistule, amenait une gène prononcée du cours de l'urine dans l'uretère déjà rétréci par la rétraction cicatricielle. Il devait en résulter la stase et l'accumulation de l'urine dans

l'uretère, le bassinet et le calice. De là les douleurs croissantes et ascendantes dans la direction de ces conduits après chacune des cinq cautérisations ; de là la fièvre, des nausées, des vomissements même qui survenaient ici, comme lorsque des graviers urinaires descendus des reins s'arrêtent dans les uretères, où ils gênent le cours de l'urine ; de là, enfin, le soulagement prompt et le rétablissement de la malade dès que la fistule vaginale se reproduisait.

L'étude attentive des rapports anatomiques de l'uretère dans l'excavation pelvienne vient ajouter une démonstration dernière à ces inductions cliniques. Du côté gauche surtout, l'uretère s'engage dans les ligaments larges, côtoie la matrice, repose et adhère sur la paroi supérieure du vagin, s'engage dans la cloison vésico-vaginale, pénètre à travers les membranes de la vessie, et vient s'ouvrir à l'angle correspondant du trigone. Pendant ce trajet oblique, l'uretère présente une étendue de six centimètres environ, sur lesquels il peut s'établir des perforations fistuleuses qui ne communiquent pas avec la cavité vésicale. Au bord de l'utérus et sur une longueur de près de trois centimètres, l'uretère peut adhérer et se déverser dans cet organe, de manière à produire la fistule urétéro-utérine dont le professeur A. Bérard a le premier parlé. Au-dessous de ce point et dans l'étendue d'un centimètre et demi environ, l'uretère adhère à la paroi supérieure du vagin et à la cloison vésico-vaginale ; là aussi peuvent s'établir des *fistules urétéro-vaginales*, pareilles à celle dont notre malade nous a présenté un exemple. Enfin des perforations semblables peuvent se produire sur la portion de l'uretère comprise dans l'épaisseur du bas-fond de la vessie, et en rapport avec une partie de la paroi supérieure du vagin. Ces dernières espèces de fistules ne sauraient s'ouvrir sur la ligne médiane, mais bien sur la limite externe de la paroi supérieure du conduit vaginal.

Le *traitement* de cette espèce de fistule urinaire nous paraît plus difficile et plus infidèle que celui de la plupart des autres lésions du même genre. Quand le pertuis fistuleux se trouve au canal de l'urètre, au col vésical, ou même au bas-fond de la vessie, l'emploi d'une grosse sonde à demeure, aidé de la cautérisation de la fistule, a procuré plusieurs succès et peut en donner de pareils Il est aussi probable que l'usage d'une semblable sonde portée et maintenue dans l'uretère de manière que son extrémité ouverte s'élevât jusqu'au-dessus de la perforation, aidée de l'action du nitrate d'argent sur le pourtour du pertuis fistuleux, serait de même capable d'amener un résultat avantageux. Mais l'introduction d'une pareille sonde à travers le col vésical et l'orifice

vésical de l'uretère est plus qu'incertaine, à raison de la profondeur de l'orifice et de la disposition du repli valvulaire qui le recouvre d'une sorte de soupape dirigée contre l'impulsion donnée à la sonde.

Une autre question à s'adresser est celle de savoir si l'économie tolérera t la présence d'un corps étranger en permanence dans l'uretère, alors que des graviers ne s'y arrêtent pas sans provoquer des perturbations dont la femme qui fait le sujet de notre observation a plusieurs fois présenté le tableau.

Ne pouvant, en conséquence, avoir recours à une pareille méthode de traitement, nous avons songé vainement à l'autoplastie. Ici, en effet, l'introduction d'un lambeau dans l'orifice fistuleux aurait bouché le conduit, déjà si étroit et rétréci de l'uretère, et un lambeau emprunté sur l'un des côtés et renversé sur le pertuis en forme d'opercule, pour y être fixé dans une incision convenablement disposée, nous a paru un procédé d'une réalisation trop incertaine.

Force nous a été de nous réduire à l'emploi de la cautérisation de l'orifice fistuleux à la faveur d'un crayon très-effilé de nitrate d'argent. A cinq reprises, et à une semaine d'intervalle chaque fois, nous avons eu recours à ce moyen, et presque toujours nous avons constaté les mêmes phénomènes : suspension de l'écoulement d'urine, douleurs vives le long de l'uretère jusqu'au rein correspondant, anxiété, nausées, vomituritions, fièvre. Cet état a duré pendant quatre jours environ, sans augmentation notable de l'expulsion normale de l'urine. Vers le cinquième jour, l'urine s'est échappée de nouveau à travers l'orifice fistuleux, tous les phénomènes pathologiques ont cessé et la malade a repris rapidement son état antérieur.

A quoi peut-on attribuer ces suites de la cautérisation, si ce n'est à l'obturation de l'orifice fistuleux qui, aboutissant à un conduit fort étroit ordinairement, se trouvait coarcté par suite de l'accident qui avait produit la fistule ? Ne rencontrant pas ou presque pas d'écoulement vers son orifice vésical ni à travers le pertuis momentanément fermé, l'urine devait s'accumuler dans l'uretère, le bassinet, les calices. De là les douleurs éprouvées par la malade le long de ces conduits ; les nausées, les vomissements, la fièvre ; perturbation qui devait nécessairement disparaître aussitôt que le pertuis fistuleux tiraillé par le poids du liquide accumulé venait à permettre la reproduction de l'écoulement urinaire. Cet état anatomique et physiologique ayant été ainsi constaté à cinq reprises différentes, nous avons reconnu l'inutilité de pousser plus loin ces tentatives thérapeutiques, qui, s'il fallait

en croire les affirmations de la malade, lui auraient cependant procuré une notable amélioration.

M. CLOQUET demande si, après que l'urine avait cessé de couler après les cautérisations, de sorte qu'elle devait s'accumuler dans l'uretère, on la voyait ensuite sortir en abondance. Ce serait la preuve que l'uretère avait perdu sa perméabilité.

M. ALQUIÉ répond qu'il y a eu des suspensions de trois jours dans l'écoulement du liquide à travers la fistule, et qu'ensuite le lit de la malade était tout d'un coup inondé d'urine.

M. CHASSAIGNAC a pratiqué le cathétérisme des uretères sur un malade affecté d'extrophie de la vessie. Le malade avait la faculté de conserver un peu son urine et de l'expulser en jet, ce qui prouvait que les uretères offraient une certaine capacité. M. Chassaignac pensa qu'on pourrait donner au malade la possibilité de garder ses urines en dilatant ce conduit. Pour y parvenir, il chercha à établir une rétention en bouchant l'orifice des uretères; mais il survint bientôt des vomissements et des accidents graves. M. Chassaignac en conclut que les uretères tolèrent mal le cathétérisme, comme l'a dit M. Alquié.

M. CLOQUET a examiné un cas d'extrophie de vessie avec disjonction des pubis, absence de la paroi supérieure de l'urètre et rétention des testicules au-dessus des anneaux. Il a constaté que la cavité des uretères était un peu dilatée, ce qu'il explique par la rétraction de leur orifice, due à leur irritation par le contact de l'air.

— La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 29 avril 1857.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Luxations sous-acromiales. — M. CHASSAIGNAC présente un enfant de dix ans qu'il a déjà fait voir à la Société il y a six semaines environ, et qui avait alors une luxation sous-acromiale datant de sa naissance et que l'on attribuait à des manœuvres exécutées pendant l'accouchement. Aujourd'hui la guérison peut être considérée comme complète, le bras se rapproche du corps et peut exécuter tous les mou-

vements naturels. Dans ce cas et dans deux autres que M. Chassaignac a déjà présentés à la Société, il a été frappé de la facilité avec laquelle il a pu opérer la réduction.

M. LABORIE fait observer que les luxations sont des accidents qui arrivent très-rarement pendant les accouchements. Ce qui arrive souvent, ce sont des fractures, surtout dans les cas de version ou d'application du forceps. Les causes qui peuvent produire des luxations amèneraient plus facilement la séparation des épiphyses.

M. HUGUIER, d'après la rapidité de la guérison, ne croit pas que la luxation remonte à l'époque de la naissance. Dans les lésions de ce genre, les surfaces osseuses se modifient profondément, le rebord de la cavité glénoïde se déprime, sa surface semble se diriger en arrière. Il est difficile avec de semblables déformations que deux mois de traitement suffisent pour fixer définitivement la tête de l'humérus à sa place. M. Huguier conseille de continuer l'usage d'un bandage contentif.

M. GIRALDÈS demande si M. Chassaignac regarde la luxation comme complétement réduite. Il fait observer que la tête de l'humérus fait encore un peu de saillie, et voudrait savoir si cela provient de la déformation de la cavité glénoïde ou de ce que la réduction serait incomplète.

M. CHASSAIGNAC répond qu'il reste en effet un peu de saillie anormale, mais qu'on n'en doit pas moins regarder la guérison comme complète, puisque le membre a recouvré tous ses mouvements.

Tumeur très-volumineuse, très-probablement de nature cancéreuse, développée dans la fosse iliaque droite chez un enfant de deux ans. — M. MARJOLIN. Le petit malade que j'ai l'honneur de vous présenter porte dans la fosse iliaque une tumeur, suivant toute probabilité, de nature cancéreuse, occupant toute la partie latérale droite du bassin et remontant jusqu'aux fausses côtes; elle est irrégulière, bosselée, d'une consistance inégale. La peau qui la recouvre est rouge par places et très-amincie. Cette tumeur, sur laquelle j'aurai occasion de revenir, s'est développée très-rapidement; malgré son siége et son volume inusité jusqu'à ce jour, elle n'a donné lieu à aucun accident du côté des voies digestives, et la constitution de l'enfant semble peu altérée.

Tumeur de l'avant-bras développée chez une petite fille de huit ans. — Dans le premier cas que je viens de soumettre à votre examen, il s'agissait d'un cas très-rare et malheureusement sans ressource; ici il s'agit d'un cas également peu commun, et pour lequel je

crois devoir réclamer vos conseils, plusieurs des membres de la Société s'étant prononcés pour une opération à laquelle les parents se refusent. Cette tumeur, qui occupe la région interne et palmaire de l'avant-bras dans plus de ses deux tiers supérieurs, et qui semble coexister avec une maladie du cubitus, se serait développée dans l'espace de quelques mois; sa cause première aurait été une contusion de l'avant-bras.

L'attention des parents ayant été attirée par la gêne que l'enfant éprouvait dans les mouvements d'extension de la main et des doigts et dans les mouvements de supination, et enfin par le volume que prenait l'avant-bras, ils se sont décidés à voir deux chirurgiens : l'un d'eux a fait une ponction exploratrice dans la tumeur, et il n'en est sorti que du sang. Tous les deux, du reste, examinant attentivement les rapports de cette tumeur, qui n'appartient ni aux lipomes, ni aux abcès froids, ni aux enchondromes, mais plutôt aux tumeurs fibreuses, qui naissent du périoste, et prenant en considération la déformation du cubitus et les adhérences intimes qui l'unissent aux muscles de l'avant-bras, et enfin le peu de chances de succès d'une dissection longue et peut-être incomplète, ont conseillé, d'après le dire des parents, un parti extrême, l'amputation du bras, qui a été repoussée.

L'enfant est depuis trop peu de temps dans mon service pour que mon opinion soit définitivement arrêtée; mais comme l'examen que j'ai fait de la jeune malade me fait aussi pencher pour l'amputation du bras, j'ai cru de mon devoir de consulter la Société.

M. HUGUIER, considérant la marche rapide de la maladie, la facilité avec laquelle les opérations guérissent chez les enfants et, l'état d'intégrité de la main, pense qu'il faudrait faire l'extirpation de la tumeur en réséquant toute la portion malade du cubitus. Cet os est bien moins important pour les fonctions de la main que le radius, qui paraît sain, et pourrait suffire pour conserver au membre sa forme naturelle et une partie de ses fonctions.

M. LARREY. La tumeur de l'avant-bras chez l'enfant que nous présente M. Marjolin offre quelque analogie avec le kyste osseux du poignet que j'ai montré l'année dernière à la Société (1). C'est ici l'extrémité supérieure du cubitus au lieu de l'extrémité inférieure du radius qui est le siége de la maladie, et la tumeur est parvenue à un degré de développement beaucoup moindre; mais, à part ces différences, les deux cas me semblent comparables entre eux.

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie,* 27 février et 9 juillet 1856.

Ayant essayé chez mon malade l'extirpation partielle, j'ai dû pratiquer l'amputation du membre, et je crains que la même indication ne devienne nécessaire chez la petite malade de notre collègue. La résection du cubitus ou l'ablation seule de la tumeur serait sans doute bien préférable au point de vue de la chirurgie conservatrice ; mais cette opération, outre les difficultés à prévoir, serait insuffisante si la tumeur osseuse a des connexions ou des adhérences profondes avec les différents tissus de cette région, si surtout ils sont altérés en même temps. L'amputation deviendrait alors inévitable pour sauver la vie de la malade.

Reste à savoir si elle devrait être pratiquée plus tôt que plus tard. Je serais d'avis de la différer, en soumettant l'enfant à une médication générale susceptible de la préparer mieux à cette opération, à moins qu'elle ne favorisât l'heureuse influence du jeune âge pour améliorer, sinon pour guérir la tumeur.

M. VERNEUIL pense que dans les tumeurs fibro-plastiques ou cancéreuses des membres on ne gagne rien à marchander les sacrifices. Après l'extirpation de la tumeur il y aura très-probablement récidive, et l'on sera forcé d'amputer le bras à sa partie supérieure. D'ailleurs, de quelle utilité serait le membre conservé, en admettant la possibilité de la guérison? Le radius restera sans solidité quand il n'aura plus l'appui du cubitus ; en outre, le nerf cubital sera certainement divisé, et probablement aussi le médian ; enfin les muscles seront à peu près tous enlevés plus ou moins complétement, excepté les radiaux et les muscles du pouce. La main resterait donc avec ses doigts fléchis, sans aucune possibilité de mouvement.

M. Verneuil insiste sur ce que, dans les lésions organiques, il ne faut pas craindre les moyens radicaux.

M. ALQUIÉ fait observer que le diagnostic est à peu près certain, mais qu'il peut cependant y avoir erreur, et que l'on aurait bien des regrets si, après l'amputation faite de prime abord, on reconnaissait que la tumeur ne soit pas cancéreuse. Il propose donc un parti qui est d'accord avec les principes qu'il professe en pareil cas ; ce serait de mettre la tumeur à nu, de façon à bien reconnaître sa nature et ses connexions avec les os. Si on trouvait que la tumeur est de nature bénigne et n'intéresse pas le radius, on pourrait l'enlever ; le nerf cubital serait seul intéressé, car le nerf médian placé en avant de la tumeur pourrait être conservé. Si la tumeur, au contraire, était cancéreuse, ou que son extirpation dût entraîner trop de désordres, on ferait sans regret une amputation dont la nécessité serait démontrée.

M. ROBERT, qui avait déjà observé cette enfant, regarde comme évident qu'on ne pourra enlever cette tumeur sans sacrifier le cubitus en tout ou en partie. Il approuve complétement les raisons que M. Verneuil a empruntées à la physiologie du membre. En outre, la petite malade ne lui paraît pas en état de supporter l'extirpation du cubitus, qui est toujours fort laborieuse. Du reste, il pense que M. Alquié a raison de proposer de vérifier d'abord la nature de la tumeur ; mais si on la trouve formée d'un tissu lardacé, il faudra faire immédiatement l'amputation.

M. HUGUIER soutient l'avis qu'il a émis. Il n'a pas proposé d'enlever le cubitus en totalité, mais seulement ses deux tiers supérieurs ; et cet os, situé sous la peau, est facile à isoler des parties voisines. On a objecté que le radius restant seul à la partie supérieure serait sans solidité; mais il s'ankyloserait certainement avec l'humérus par suite de la lésion que l'opération causerait à l'articulation huméro-radiale. Enfin, M. Huguier insiste sur l'importance qu'il y a à conserver un avant-bras et une main, alors même que le pouce seul jouirait de ses mouvements.

M. MARJOLIN n'a la malade dans son service que depuis trois jours, et il compte la soumettre pendant quelques jours à un traitement interne avant de prendre un parti. Ce qui le ferait reculer devant l'extirpation, c'est qu'on ne connaît pas les rapports de la tumeur avec les muscles. Si elle était enkystée et les muscles intacts, il ferait l'extirpation sans craindre la suppuration, que les enfants supportent très-bien lorsqu'on a soin de soutenir leurs forces. Mais il croit qu'ici les muscles atrophiés sont pris dans la tumeur ; c'est pour cela qu'il est d'avis de pratiquer l'amputation.

M. RICHET n'est pas éloigné de l'opinion de M. Huguier. Ces tumeurs, nées sous le périoste, s'en enveloppent et restent isolées des parties voisines, comme il l'a vu sur une tumeur sous-périostique de la cuisse qu'il a enlevée avec une portion du fémur. Le malade mourut d'une suppuration du genou. Dans le cas présent, M. Richet croit que la tumeur peut être énucléée. La difficulté serait de disséquer le nerf cubital, qu'il faudrait probablement couper; mais on n'aurait pas besoin de toucher au nerf médian. En un mot, cette opération serait plus difficile que l'amputation, sans doute, mais elle serait possible. Quant à l'utilité du radius resté seul, il pourrait très-bien soutenir la main. C'est ce qui est arrivé à un homme à qui Blandin avait enlevé les deux tiers inférieurs du cubitus, et qui conserva les mouvements

de sa main. La portion d'os enlevée était remplacée par du tissu fibreux de nouvelle formation. En résumé, M. Richet pense qu'avant d'amputer, il faut tenter l'extirpation de la tumeur.

M. VERNEUIL fait observer que le malade de M. Blandin avait une carie et non pas une affection organique du cubitus. Il admet deux espèces de chirurgie conservatrice, celle qui conserve les membres, et celle qui conserve la vie des malades ; il craint que l'extirpation proposée, en conservant le membre, n'expose la vie de l'enfant.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. MARJOLIN annonce qu'il a reçu une lettre de M. Decès (de Reims) relative aux vices de conformation de la main, et qu'il en donnera communication lorsque M. Deguise terminera son observation.

— M. HOUEL fait hommage de sa thèse sur les plaies et les ruptures de la vessie.

— M. JAMAIN adresse également sa thèse sur les plaies du cœur.

— M. LE PRÉSIDENT adresse, au nom de la Société, des remercîments à MM. Houel et Jamain.

RAPPORT.

M. BOUVIER lit un rapport sur les travaux de M. Crocq (de Bruxelles).

Sur la proposition de M. Larrey, appuyée par MM. Robert et Huguier, le rapport de M. Bouvier est renvoyé au comité de publication.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 6 *mai* 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Résection du cubitus. — M. ALPH. GUÉRIN présente une femme âgée de trente ans, qui entra à la fin d'octobre 1855 à l'hôpital de la Charité pour un phlegmon de l'avant-bras et de la main.

Malgré le traitement très-rationnel employé par M. Gerdy, le cubitus était dénudé et nécrosé dans une grande étendue lorsque M. Alph. Guérin prit le service à la fin de novembre. La malade ayant échappé à des accidents qui, plus d'une fois, mirent sa vie en danger, il fallut prendre un parti et décider entre l'amputation du bras et la résection du cubitus. Bien que l'étendue de l'altération de cet os fût telle qu'il fallait le désarticuler à sa partie inférieure et remonter très-haut à sa partie supérieure, convaincu que la nécrose du cubitus était la seule cause de la persistance de la suppuration, et que cette altération de l'os ne s'étendait pas jusqu'à l'articulation du coude, M. A. Guérin se décida pour la résection.

La sonde de Blandin ayant été passée sous le cubitus, au niveau de son tiers inférieur, cet os fut scié dans cet endroit; l'extrémité supérieure du fragment inférieur étant ensuite saisie avec un fort davier, on le détacha de haut en bas du ligament inter-osseux et du muscle carré pronateur, après quoi il fut facile de l'enlever, en respectant le ligament triangulaire, qui fut détaché de l'os à son insertion près de la base de l'apophyse styloïde.

L'incision ayant été prolongée en haut, on put passer la sonde à résection sous le cubitus, un peu au-dessous de l'apophyse coracoïde, et scier l'os en cet endroit.

La main et l'avant-bras, ayant été appliqués sur des coussins, furent maintenus immobiles à l'aide de bandelettes dont on se servit pour maintenir des plumasseaux de charpie dont la plaie tout entière fut recouverte. L'opération fut pratiquée le 1er décembre 1855; le 22 avril suivant, la malade sortait de l'hôpital parfaitement guérie. La cicatrice ne laisse rien à désirer. L'avant-bras se fléchit sur le bras; la flexion des doigts est suffisante pour que la malade fasse des travaux de couture pendant cinq heures par jour; comme le poignet s'est ankylosé,

l'avant-bras et la main ont conservé leur direction normale, et, chose remarquable, les mouvements de pronation et de supination sont conservés. La partie de l'os qui a été enlevée a une longueur de 5 pouces. Tous les mouvements qui dépendent des autres articulations sont conservés; ainsi les doigts peuvent être fléchis ou étendus, la main peut faire les mouvements de pronation ou de supination.

M. Guérin désirerait savoir ce que ses collègues conseilleraient contre cette ankylose, mais il fait observer que c'est elle qui empêche la main de se déjeter en dedans.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. FOLLIN. Dans une précédente séance, M. Lenoir a dit qu'il avait guéri par l'iodure de potassium un malade affecté d'une tumeur récidivée, après avoir été enlevée par M. Follin. Ce malade est mort des suites d'une nouvelle récidive deux ans après l'opération.

CORRESPONDANCE.

M. HEYFELDER adresse à la Société la communication suivante :

Ablation totale de l'omoplate, *pratiquée par M. le docteur J.-F.* HEYFELDER, *correspondant de la Société de chirurgie de Paris, à Saint-Pétersbourg.*

Cette opération, pratiquée pour la première fois par Cunning (1808), plus tard (1830) par M. Gaëtani-Bey, Fergusson, en Angleterre, Mussey (de New-York), Rigaud (de Strasbourg), B. Langenbeck, de Berlin (1855), fut faite par M. Heyfelder sur un malade âgé de quarante ans, au premier hôpital militaire de Saint-Pétersbourg.

Cet homme entra à l'hôpital le 3/15 novembre 1856 pour une inflammation phlegmoneuse sur l'omoplate droite. Dix jours après on constata la présence d'un abcès, qui fut vidé au moyen d'une incision. Vingt-quatre heures plus tard, il fut transporté dans le service de M. Heyfelder, qui constata que la partie sus-épineuse et l'épine de l'omoplate étaient dénudées et ramollies au point de se laisser traverser par une sonde.

M. Heyfelder se décida à l'opération, qu'il pratiqua le 15/27 novembre de la manière suivante :

Après avoir prolongé l'incision de l'abcès, il fit à ses extrémités deux autres incisions verticales de deux pouces de longueur, et disséqua le lambeau en ménageant autant que possible les lèvres de la plaie; ensuite il enleva l'épine et réséqua, à l'aide de la scie à chaînette et de la pince de Liston, une portion triangulaire de deux pouces du bord

postérieur de la portion sus-épineuse de l'omoplate. Une seule artère donna du sang, et fut liée ; la plaie fut réunie par quinze points de suture entrecoupée ; on la couvrit de compresses trempées d'abord dans l'eau froide, et plus tard dans l'eau de Goulard tiède. Quatre jours après, on enleva plusieurs sutures, les autres furent laissées en place huit jours. Les extrémités de la plaie étaient réunies ; la portion formée par la première incision donnait seule passage à un pus de bonne nature. La fièvre fut presque nulle, le sommeil paisible, l'appétit bon ; le malade put se lever à la fin de la seconde semaine.

Le 25 décembre, à la suite d'un refroidissement, douleurs dans l'articulation scapulo-humérale droite, qui cèdent à une application de ventouses. Cependant il se forme dans l'aisselle un abcès dont l'ouverture donne issue à une once de pus aqueux. M. Heyfelder ne trouve rien d'anormal à l'articulation, ni aux parties voisines.

Le 2/14 janvier 1857, la plaie de l'opération est complétement guérie ; celle de l'aisselle laisse encore sortir du pus. Cependant l'état général est bon.

Dans la nuit du 3/15 au 4/16 février, le malade se réveille avec une douleur violente dans l'articulation scapulo-humérale droite. Le lendemain, on constate un abcès le long du tendon du biceps, et une incision fait couler une grande quantité de pus. La sonde fait découvrir l'articulation largement ouverte, et les surfaces articulaires dénudées de leurs cartilages et cariées. Le même jour, le malade est pris d'un frisson suivi de chaleur sèche, puis de sueurs. Il perd l'appétit ; son sommeil se trouble ; amaigrissement rapide et affaiblissement.

M. Heyfelder jugea nécessaire de faire l'ablation de la tête de l'humérus, qu'il pratiqua le 7/19 février de la manière suivante :

Après avoir prolongé à ses deux extrémités l'incision qui avait été faite le long du tendon du biceps et isolé la tête et le col de l'humérus, il en fit la résection à l'aide de la scie à chaînette. Alors il put examiner les parties, et constata que la cavité glénoïde était cariée ainsi que le reste de l'omoplate. Dès lors, il était nécessaire de faire l'ablation complète de cet os.

Après avoir circonscrit l'os par une incision semi-elliptique, qui commençait au-dessus de l'articulation acromio-claviculaire et longeait le bord antérieur de l'omoplate jusqu'à son angle inférieur, M. Heyfelder détacha l'os des parties molles tantôt avec le doigt, tantôt avec le bistouri ou les ciseaux, ce qui se fit facilement et avec une perte de sang insignifiante. Les bords de la plaie furent réunis au moyen de la suture entrecoupée ; elle fut recouverte d'un linge fenêtré enduit de

cérat et de compresses trempées dans l'eau froide d'abord, puis dans l'eau de Goulard tiède. Le bras fut placé dans une écharpe et maintenu contre le thorax au moyen d'une bande circulaire.

La nuit suivante fut bonne ; le troisième jour suppuration abondante, séreuse, de mauvaise nature, diarrhée séreuse. M. Heyfelder enlève quelques points de suture et fait panser la plaie trois fois dans la journée.

Les cinquième et sixième jours, l'état de l'opéré paraît meilleur. La plaie est réunie à ses extrémités, mais béante au centre. Le septième jour, la plaie présente un peu de gangrène, suppuration ichoreuse fétide. Le huitième jour, le malade tombe dans le délire et meurt.

Autopsie. — La tête et le col de l'humérus sont cariés, le tendon du biceps détaché de ses insertions par la suppuration, l'omoplate altérée dans toute son étendue. Le bout supérieur de l'humérus est dénudé de son périoste dans l'étendue de trois pouces, la moelle décolorée, ramollie, la substance osseuse enflammée ; la plaie est gangrenée ; les cinquième, sixième et septième côtes droites sont altérées et dénudées, les parties molles infiltrées de pus ichoreux ; œdème du poumon droit, six à sept onces de sérosité ichoreuse dans la plèvre correspondante.

Bien que l'état du malade fût tel qu'il est difficile de croire qu'il pût résister a aucune opération, cependant il avait bien résisté à la première opération, et après la seconde il succomba à la gangrène de la plaie et à l'inflammation du poumon.

Discussion du rapport de M. Bouvier sur les travaux de M. Crocq.

M. ROBERT ne partage pas entièrement l'avis de M. Bouvier dans la question du redressement des articulations malades. Quelquefois la position vicieuse du membre devient elle-même une cause de prolongation des douleurs et des accidents, de sorte qu'il faut la changer. Autrefois, on conseillait de tout faire pour favoriser l'ankylose de l'articulation malade dans la position qu'elle avait prise, et qu'on regardait comme la plus favorable à la guérison. Maintenant, au contraire, on pense qu'il faut souvent la corrig r.

M. Robert a employé trois fois cette méthode, et en a obtenu un succès très remarquable. La première fois, c'était en 1855, à l'hôpital Beaujon, chez un homme dont la jambe était fléchie à tel point que le talon touchait à la fesse ; le gonflement du genou était très-modéré, mais les douleurs étaient excessives et avaient résisté à tous les moyens les plus énergiques. La maladie durait depuis huit mois. Le redressement fut opéré en présence de M. Bouvier. Le patient ayant été chlo-

roformisé jusqu'à résolution complète des muscles, la jambe fut étendue en deux minutes, et avec des efforts assez considérables, et le membre placé immédiatement dans une gouttière, les douleurs cessèrent immédiatement. Il ne survint pas d'accidents inflammatoires ; le malade s'est rétabli en conservant les mouvements du genou. Deux autres cas se sont présentés à l'observation de M. Robert, et ont donné lieu aux mêmes résultats.

M. CHASSAIGNAC fait observer que M. Crocq n'a pas seulement conseillé le redressement dans les cas d'arthrites, mais dans toutes les tumeurs blanches ; il croit que beaucoup de chirurgiens n'accepteront pas cette méthode d'une manière aussi générale.

M. ROBERT répond qu'il a employé ce moyen dans des arthrites subaiguës avec maladies des synoviales, qui se rapprochent beaucoup des tumeurs blanches.

M. VERNEUIL a été appelé, il y a deux ans, pour une dame de Pierrefitte atteinte d'une tumeur blanche ancienne, qui s'était enflammée, et causait des douleurs intolérables. Le genou fléchi à angle droit était rouge, tuméfié, très-sensible au moindre contact. Après avoir chloroformé la malade, M. Verneuil étendit le membre et le plaça dans une gouttière. Le lendemain, la tuméfaction avait diminué d'un tiers, les douleurs avaient cessé, la partie avait repris sa couleur naturelle. Il y eut une amélioration sensible. Mais la malade, qui était phthisique, mourut quelque temps après.

M. DEGUISE n'accepte qu'avec réserve le précepte de redresser les articulations malades. Il cite, à ce propos, le fils de l'économe de Charenton, qui avait depuis longtemps une tumeur blanche sur laquelle les traitements employés étaient restés sans effet. Les parents, ne voyant pas d'amélioration, conduisirent leur enfant à la célèbre rebouteuse connue sous le nom de Dame-Blanche, qui redressa brusquement le membre. Il en résulta des accidents qui firent craindre qu'on ne fût forcé d'en venir à l'amputation.

M. ADOLPHE RICHARD fait remarquer que les observations de M. Bonnet sur le redressement des articulations malades s'appliquent aux tumeurs blanches enflammées et aux arthrites très-douloureuses, tandis que le malade de M. Deguise avait une tumeur blanche ancienne. En outre, le traitement employé ne fut pas celui de M. Bonnet, mais, comme l'a dit M. Deguise, un traitement de rebouteuse. La méthode de M. Bonnet consiste à pratiquer l'extension pour faire cesser les douleurs dans les inflammations aiguës des articulations.

M. **BROCA** a eu l'occasion de soigner une femme de quarante ans qui avait depuis neuf mois une tumeur blanche du genou. L'articulation était fléchie et très-douloureuse. Après le redressement instantané, pratiqué sous l'influence du chloroforme, le membre fut placé dans une gouttière; aussitôt les douleurs cessèrent, et l'amélioration fut rapide. Aujourd'hui la malade est guérie, mais elle boite un peu.

Du reste, M. Bonnet ne conseille pas l'extension dans tous les cas, comme vient de le dire M. Richard; pour le coude, par exemple, il conseille la demi-flexion. Ce qu'il y a de nouveau dans cette méthode, c'est d'appliquer le redressement dans les cas d'inflammations aiguës.

M. Broca cite enfin un cas de la pratique de Blandin. Un enfant était atteint d'une coxalgie extrêmement douloureuse; il fut soumis à des tractions très-vives pour placer le membre dans une direction rectiligne, où il fut maintenu. Dès lors la douleur et la fièvre disparurent pour ne pas revenir.

M. Broca pense, du reste, que l'extension est surtout avantageuse en permettant d'immobiliser une articulation qu'on ne pourrait pas rendre immobile dans la flexion, et dont le malade ne pourrait empêcher les mouvements.

M. **RICHET** fait observer que l'extension dans les maladies articulaires n'est pas un moyen aussi nouveau qu'on paraît le croire. Lorsqu'il était interne de M. Velpeau, en 1842, il a souvent vu employer, dans le traitement des tumeurs blanches, l'extension, qu'on faisait au moyen de poids attachés aux pieds, les épaules étant fixées à la tête du lit. Depuis qu'il est chirurgien des hôpitaux, il a constamment employé cette méthode; seulement il y a ajouté l'emploi du chloroforme lorsque ce moyen fut connu. Dernièrement, sur une femme affectée de tumeur blanche suppurée du genou, il a redressé l'articulation malade et l'a placée dans un appareil stuqué; depuis ce moment, il n'y a plus ni douleurs ni fièvre. Il pourrait trouver dans sa pratique une vingtaine de cas analogues à celui-là.

M. **DEMARQUAY** ajoute à ce que M. Richet vient de dire de l'usage du redressement des membres, qu'il l'a vu employer par Blandin, qu'il l'emploie lui-même, et qu'il en a vu d'excellents résultats.

M. **DESORMEAUX** regarde cette pratique comme beaucoup plus ancienne que ne semblent le croire MM. Richet et Demarquay. Il l'a entendu préconiser à Paris avant 1840 par M. Lesauvage, chirurgien en chef de l'hôpital de Caen, et a pu voir en 1841, dans le service de ce chirurgien, un certain nombre de tumeurs blanches et de coxalgies

soumises à ce traitement avec le plus grand avantage. M. Lesauvage suivait cette méthode depuis un grand nombre d'années. Il attribuait, du reste, surtout le soulagement à ce que l'extension continuée empêchait les surfaces osseuses malades de presser l'une contre l'autre.

M. GOSSELIN distingue dans l'emploi de l'extension son application aux tumeurs blanches et anx arthrites aiguës; il ne l'a employée que dans des arthrites subaiguës très-douloureuses tant que l'articulation était fléchie, et a constaté une diminution notable des douleurs; c'est tout ce qu'on pouvait espérer. Il n'a pas remarqué que ce moyen eût d'action sur la durée ou l'issue de la maladie; la guérison n'a pas été plus rapide, et ne s'est pas faite autrement que si les membres eussent été dans la demi-flexion; la résolution a été très-lente, et il est resté des ankyloses complètes ou incomplètes. Seulement, après l'ankylose, le membre se trouvait dans la position la plns favorable. M. Gosselin pense, comme M. Broca, que si la douleur est plus forte dans la flexion du membre, c'est que dans cette position on ne peut l'Immobiliser.

M. CHASSAIGNAC. En entendant préconiser l'extension brusque dans toutes sortes de cas, on pourrait croire qu'elle ne comporte pas de contre-indication, et pourtant elle peut, dans certains cas, être très-dangereuse et produire des accidents qui conduisent à l'amputation.

M. Chassaignac a vu un jeune homme atteint de tumeur blanche avec fistule osseuse et rétraction douloureuse du genou. Le redressement fut obtenu avec l'aide du chloroforme, et il en résulta des accidents aigus qui amenèrent la nécessité de l'amputation, et par suite la mort. Dans certains cas ce moyen est utile, dans d'autres, il est inutile ou nuisible; voilà pourquoi M. Chassaignac voudrait que l'on en posât les contre-indications. Il voudrait savoir comment, après le redressement, marchent les tumeurs blanches lorsqu'elles ne sont pas guéries.

M. FORGET fait remarquer que la discussion, en généralisant la question de l'opportunité du redressement forcé appliqué aux membres atteints d'arthropathies, a fait perdre de vue les cas particuliers auxquels cette méthode de traitement peut convenir. Ces cas sont ceux d'inflammations articulaires récentes, que caractérisent encore, à un degré plus ou moins prononcé, les symptômes de l'état aigu. Pour ceux-là, il est certain, et mon expérience personnelle me l'a prouvé, qu'il y a un avantage réel à faire cesser l'attitude vicieuse que le membre a contractée, et à en opérer brusquement le redressement. Deux fois dans ces derniers temps, j'ai appliqué cette méthode, chez un jeune

enfant de cinq ans d'abord, et en second lieu, sur un jeune homme de dix-sept ans. Tous deux étaient atteints de coxalgie récente, douloureuse, à l'état aigu. Chez le dernier de ces sujets, la cuisse était fortement fléchie sur le bassin, à tel point que par sa partie supérieure elle reposait contre la paroi abdominale. Mon premier soin fut d'étendre le membre, de le ramener à une rectitude presque complète, puis de l'immobiliser au moyen d'un appareil à extension de M. Martin. Dans ces deux cas, le redressement fut suivi d'une diminution très-notable de la douleur, qui bientôt cessa complétement.

M. Forget ne pense pas que le redressement seul produise ce résultat, et il ne croit pas à la puissance antiphlogistique qu'on lui a prêtée. Il dit qu'il a surtout pour avantage de permettre au chirurgien de pouvoir immobiliser l'articulation ; c'est l'immobilisation qui agit surtout pour combattre et faire cesser les accidents inflammatoires. Il a pu s'en convaincre chez l'un de ses malades qui, ayant rendu la mobilité à son membre en relâchant l'appareil, vit presque aussitôt au moindre mouvement, à la plus légère impulsion, se reproduire ses douleurs articulaires.

Quant à l'opinion de Lesauvage de Caen, qui attribuait les bons effets de son procédé de redressement à la puissance extensive qui, appliquée au membre, empêcherait la pression des surfaces articulaires enflammées l'une contre l'autre, M. Forget ne la croit pas dénuée de fondement. Il a remarqué, en effet, que l'appareil à extension qu'il a employé exclusivement dans plusieurs cas de coxalgie, semblait agir d'autant plus efficacement qu'il avait plus soin de maintenir en action la double puissance extensive et contre-extensive dont il est doué.

Si la méthode du redressement forcé est réellement utile dans le traitement des arthropathies de date récente, compliquées de position vicieuse du membre, M. Forget se demande s'il en est de même lorsque l'inflammation, la maladie étant plus ancienne, a eu le temps de modifier profondément les conditions anatomiques des tissus péri et intra-articulaires.

Serait-il bien sans danger de vouloir redresser ainsi violemment une articulation pour un cas de tumeur blanche, alors qu'il y a rétraction des tissus fibro-ligamenteux, que des adhérences anormales ont pu s'établir au pourtour de l'article, et que des fistules ossifluentes, comme cela avait lieu dans le cas cité par M. Chassaignac, indiquent qu'il y a une altération profonde des épiphyses articulaires ? Il n'y a rien d'étonnant qu'en de telles circonstances le traumatisme déterminé par le procédé violent de redressement instantané réveille l'inflam-

mation, qui sera alors d'autant plus à craindre qu'elle sévit sur des tissus anormaux doués d'une faible vitalité, et au sein desquels il est difficile d'enrayer sa marche et de conjurer sa terminaison par suppuration.

La discussion est renvoyée à une prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Végétations fongueuses et vasculaires de l'urèthre de l'homme, par M. DEMARQUAY. — M. X..., âgé de trente-huit ans, chef de bureau dans une grande administration de l'Etat, ayant par conséquent des habitudes sédentaires. En 1851, il s'aperçoit qu'il urine moins facilement qu'autrefois ; en même temps il se préoccupe d'une certaine gêne dans la respiration, due à la présence de polypes muqueux des fosses nasales qui ont été arrachés plusieurs fois à partir de cette époque. Depuis 1851, il a reçu à diverses reprises des soins, à propos de la gêne qu'il éprouvait dans la miction, de la part de plusieurs chirurgiens distingués. Des causes fort diverses ont été invoquées pour expliquer la difficulté qu'il ressentait dans l'émission de l'urine ; toujours est-il que depuis 1851 il a eu des alternatives de bien et de mal dans l'accomplissement des fonctions urinaires.

Dernièrement M. X... s'adressa à M. Demarquay, le priant d'examiner avec soin son canal afin de déterminer la cause de son mal. Le malade déclare que depuis quelque temps le passage de la bougie est devenu douloureux, et accompagné de la perte d'une certaine quantité de sang. M. Demarquay constate la facilité d'introduire une grosse bougie dans l'urèthre de M. X... : mais en explorant le canal avec soin, il trouve dans la fosse naviculaire une tuméfaction, un empâtement tout à fait anormal. Les lèvres du méat étant écartées, et l'urèthre exploré avec soin, M. Demarquay découvre une fongosité grosse comme un grain de millet, d'un aspect blanchâtre, avec des points rosés.

Un stylet introduit dans le méat uréthral permet de constater la présence d'un produit pathologique. Ces explorations sont douloureuses et font beaucoup saigner le malade. M. Demarquay propose alors au malade de le débarrasser en incisant l'orifice de l'urèthre, normalement très-étroit, de découvrir la fosse naviculaire et de le débarrasser des végétations fongueuses et vasculaires dont elle était remplie. En effet, cette petite opération permit à M. Demarquay de couper un grand nombre de ces végétations, dont trois ou quatre avaient le volume d'un gros pois. Cette petite opération fut suivie d'un spasme vésical assez intense qui empêchait M. X... de vider sa vessie. M. Demarquay

dut alors recourir au cathétérisme pour vider la vessie matin et soir. Il profita en outre de cette circonstance pour s'assurer si les craintes du malade étaient fondées. En effet, ce dernier se plaignait de ressentir, au moment même où l'urine traversait la partie profonde de l'urèthre, un malaise et une gêne qu'il rapportait à la présence de fongosités analogues à celles dont il avait été débarrassé. M. Demarquay le sonda de la manière suivante : il se servit d'une sonde à boule et dont les yeux étaient taillés en biseau. Cette sonde pouvait s'introduire sans peine jusque dans la région du bulbe, et être retirée sans amener de sang. Mais à partir de ce point la sonde éprouvait une résistance molle et pénétrait avec facilité dans la vessie. Chaque fois qu'on la retirait, non-seulement le malade saignait, mais encore les yeux de la sonde revenaient chargés de sang et de fongosités en tout point semblables à celles qui avaient été retirées de la fosse naviculaire.

Cette expérience démontre, comme le fait remarquer notre collègue, qu'il existe incontestablement dans les deux points extrêmes de l'urèthre de M. X... des fongosités ou des végétations, si toutefois il n'en existe point dans toute l'étendue de l'urèthre. Ce fait démontre, ajoute M. Demarquay, l'existence de rétrécissements par production végétantes, fongueuses ou polypeuses, fait sur lequel les chirurgiens sont loin d'être d'accord.

M. GIRALDÈS pense que ces végétations sont formées par des papilles hypertrophiées, analogues aux granulations de la conjonctivite granuleuse.

M. CHASSAIGNAC, pour éviter d'inciser le méat quand il est trop étroit, se sert d'une sonde dont l'extrémité est recouverte d'un petit sac de caoutchouc. On l'introduit vide, et on l'insuffle quand il est une fois dans l'urèthre.

M. RICHARD croit que la maladie récidivera, comme chez les femmes qu'on ne peut guérir de semblables végétations que par la destruction de la paroi inférieure de l'urèthre qui en est le siége habituel.

M. FORGET a plusieurs fois opéré de ces végétations chez les femmes par incision simple, et n'a pas vu de récidives.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

sur l'action du perchlorure de fer à propos de quatre cas de tumeurs anévrysmales.

Par le docteur E. Soulé, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux et membre correspondant de la Société de chirurgie.

La thérapeutique des anévrysmes et autres lésions du système vasculaire sanguin s'est enrichie depuis peu d'une méthode nouvelle. Se fondant sur des expériences multipliées tentées sur les animaux et sur l'essai comparatif de l'action de diverses substances chimiques sur le sang, Pravaz crut avoir trouvé dans l'injection d'une solution concentrée de perchlorure de fer un moyen destiné à remplacer la ligature. Cette idée, patronée par des autorités considérables, s'est produite devant les académies. Des essais tentés dans divers hôpitaux de Paris et de province n'ont pas tardé à fournir à M. le professeur Malgaigne une statistique qui a servi de base au discours remarquable que cet honorable académicien prononça dans la séance du 9 novembre 1853.

Depuis cette époque, et malgré la vivacité de l'attaque, deux nouveaux faits auxquels on ne peut refuser une importance majeure se sont produits. M. Valette (de Lyon) et M. le professeur Jobert ont chacun publié un cas de guérison de tumeur anévrysmale par le perchlorure de fer. Le premier de ces chirurgiens a même pu compléter son observation par l'examen de la pièce anatomique, son malade ayant succombé quelques mois après à une maladie intercurrente. De plus, des expériences d'une haute valeur ont été faites par MM. Giraldès, Debout, Leblanc, dans le but de préciser le degré qu'il convenait de donner à l'agent coagulateur. En voilà, je crois, assez pour prouver que la question ne peut être jugée que par de nouveaux faits, et qu'on ne doit pas accepter sans restriction les conclusions posées par M. Malgaigne.

Sans chercher, pour ma part, à atténuer en rien les accidents qui ont compliqué certains cas d'injections intra-artérielles, et sans prétendre non plus trouver dans cette méthode la déchéance de la ligature, je crois qu'il ne convient pas de conclure à sa radiation absolue. Tous les procédés thérapeutiques, en effet, ont eu leur temps d'enfance et d'imperfection, et ce n'est qu'avec le temps et qu'après observation qu'on les a simplifiés au profit de la science et de l'humanité.

Nul ne chercherait, par exemple, à comparer les résultats que nous donne maintenant la ligature avec ceux qu'on obtenait alors que la théorie de l'anévrysme était mal connue, les rapports artériels faussement appréciés. N'a-t-il point fallu passer par les diverses époques de la méthode ancienne, par les chances beaucoup plus grandes de mort que donnait l'ouverture du sac, pour arriver aux procédés plus simples et plus inoffensifs d'Anel et de Hunter ?

En présence de nouveaux faits, d'expériences nouvelles, le moment est venu où chacun de nous doit publier ce qu'il a fait et apporter ainsi sa pierre à l'édifice. Tel est, Messieurs, le motif qui m'a engagé à vous soumettre aujourd'hui quelques faits tirés de ma pratique chirurgicale. Je le fais d'autant plus volontiers, que je trouve ainsi une occasion de vous remercier directement de l'honneur que vous m'avez décerné en inscrivant mon nom parmi vos correspondants. Une autre raison m'y a engagé ; vous n'avez pas, en effet, porté sur la nouvelle méthode un jugement anticipé, vous avez compris que la question ne pouvait être jugée que par un nombre de faits plus considérable que celui que nous possédons. En attirant sur cette thérapeutique l'attention des praticiens, M. Marjolin, votre secrétaire général, a dans son remarquable rapport annuel établi la position qu'avait prise ici la Société de chirurgie. Cette sage expectation est, je crois, plus profitable à l'humanité qu'une réprobation hâtive dont l'autorité peut se trouver plus tard compromise par les faits.

Le mémoire que j'ai l'honneur de vous lire a pour base quatre cas d'anévrysmes que j'ai eu à traiter en fort peu de temps.

L'injection intra-artérielle a été faite chez un des malades, c'est celui dont j'ai déjà eu l'occasion de vous entretenir, et dont M. le professeur Malgaigne a parlé dans son travail. Chez un autre, le sel ferrique m'a servi à me rendre maître d'hémorrhagies graves consécutives à l'ouverture d'une tumeur anévrysmale. Dans le troisième cas, la question de l'injection combinée avec la méthode de Brasdor a été vivement agitée. Il s'agissait ici d'un volumineux anévrysme de l'artère crurale, pour lequel j'ai pratiqué avec succès la ligature de l'artère iliaque externe. Enfin, le quatrième malade constitue un succès nouveau d'injection intra-anévrysmale.

Obs. I. — *Anévrysme traumatique de l'humérale droite, suite de saignée malheureuse. Ouverture de la tumeur deux mois après la ligature. Hémorrhagies graves auxquelles on remédie par un tamponnement à l'aide de bourdonnets imbibés d'une solution concentrée de perchlorure de fer. Guérison.*

Pierre Labat, vacher, âgé de vingt-cinq ans, fut dirigé sur une de mes salles le 8 novembre 1853 pour une volumineuse tumeur du bras droit, datant de six mois.

A cette époque, ce malheureux jeune homme fut saigné au bras droit par une femme, qui, nous assure-t-il, n'est même pas accoucheuse. Tout indique que l'artère fut atteinte, le sang s'écoula en grande abondance et par un jet saccadé. Il devint nécessaire d'effectuer une compression très-active. Le bandage fut laissé trois jours en place. En l'enlevant, le malade remarqua une tuméfaction qui s'est accrue de jour en jour, et avec elle l'engourdissement du bras.

Lors de la rentrée du malade à l'hôpital, on constate une tumeur dure, rénitente, à teinte violacée dans une grande partie de son étendue, située à la partie antérieure et inférieure du bras, et empiétant largement sur les côtés. La mensuration donne 16 centimètres dans son diamètre vertical, et 23 pour le transversal. La circonférence du membre, dans le point où la tumeur a le plus d'amplitude, est de 38 centimètres.

Explorée avec soin à l'aide de la main, cette volumineuse tumeur ne présente que des battements faibles et seulement dans un point très-limité de la surface, en dedans et en haut. Le diagnostic pourrait donc offrir une certaine obscurité, s'il n'y avait pour l'établir, en premier lieu, les renseignements précis fournis par le malade; puis, un bruit de souffle isochrone aux pulsations artérielles. Ce dernier n'offre pas la même évidence dans tous les points de la tumeur. C'est ainsi que, très-fort vers la partie interne, il va en s'affaiblissant à mesure que l'oreille est portée vers le bord interne du bras. Le pouls radial est à peine perceptible; on remarque une atrophie légère de l'avant-bras.

Le 12 novembre, je pratique la ligature de l'humérale vers sa partie supérieure. Les suites de cette opération furent régulières; tout bruit anormal cessa immédiatement dans la tumeur. La réfrigération du membre fut de très-courte durée, et dès le lendemain, on percevait une légère ondulation sur le trajet de la radiale. Il me suffira de dire ici que la ligature est tombée le quatorzième jour, et que la plaie s'est régulièrement cicatrisée.

Quant à la tumeur, elle n'a subi aucune réduction pendant près de trois mois, et a seulement passé par divers degrés de densité. Dure d'abord, elle s'est peu à peu ramollie, au point de présenter une fluctuation des plus trompeuses. Elle donnait dans les derniers jours, au toucher, la sensation d'une masse élastique.

Pendant tout ce temps des moyens résolutifs variés furent mis en usage: pommades à l'iodure de plomb, à l'iodure de potassium, lotions avec le vin rouge additionné d'hydrochlorate d'ammoniaque, collodion, compression, et cela sans constater la moindre amélioration.

Le 18 janvier, plus de deux mois après la ligature, le malade fut pris d'accidents généraux, symptômes précurseurs d'un érysipèle, qui ne tarda pas à paraître. La marche de cet exanthème fut bornée, la tumeur seule en fut affectée.

Mais le foyer sanguin s'échauffa, un pertuis s'établit au centre.

Après m'être bien assuré de sa communication avec l'intérieur du kyste, et, en présence des accidents d'infection putride qui menaçaient le malade, je me décidai à ouvrir largement la tumeur. Cette manœuvre fut effectuée le 30 janvier.

Les caillots offraient une grande densité et une adhérence intime à la face profonde du kyste. Borné d'abord aux couches superficielles, le travail phlegmasique mit huit jours à produire la chute de cette masse fibrineuse. La surface qui succéda à cette vaste élimination était bien propre à inspirer des inquiétudes. Fongueuse et saignant au moindre contact, elle offrait en un point limité un caillot mamelonné, soulevé à chaque impulsion artérielle.

Jusqu'au 4 février, suppuration abondante et entraînant des détritus fibrineux. Le soir, l'interne du service, en procédant au pansement, eut à arrêter une hémorrhagie abondante et de nature artérielle. Il fit usage de bourdonnets de charpie imbibés d'eau froide.

Le 10 au matin, je trouve le malade en proie à une hémorrhagie très-abondante.

La compression de l'axillaire n'agissant que d'une manière très-imparfaite, il importe d'éviter au malade une troisième hémorrhagie. A cet effet, des bourdonnets de charpie imbibés d'une solution de perchlorure de fer à 40 degrés sont appliqués sur toute la surface de la plaie. Le malade accuse une vive douleur, mais qui est de fort courte durée. 16 grammes de solution ont été employés, l'hémorrhagie s'arrête instantanément; une compression modérée maintient l'appareil.

Au premier pansement, qui a lieu trois jours après, on trouve les tissus qui ont été mis en contact avec la solution, secs et comme momifiés.

Depuis lors aucune trace d'hémorrhagie, la séparation de l'eschare produite par le perchlorure a démontré son peu d'épaisseur. Je ne puis mieux la comparer qu'à celle qui est la conséquence d'une cautérisation énergique avec le nitrate d'argent. Ajoutons que quelques abcès limités ont été ponctionnés au pourtour du tissu cicatriciel.

Le malade a été présenté à la Société de médecine de Bordeaux, dans sa séance du 10 avril, et la guérison constatée par nos collègues, il ne reste qu'un peu de roideur dans l'articulation huméro-cubitale. La solution de perchlorure a été employée telle qu'elle m'avait été fournie par M. Daunecy, pharmacien des hospices (elle avait d'après ce chimiste 40 degrés de concentration).

Ce fait établit un premier point de haute importance, l'action inoffensive d'une solution concentrée de perchlorure de fer sur nos tissus, et cela malgré la quantité qui a été mise en usage. Lorsqu'il s'est agi, en effet, d'apprécier cette action, on s'est écrié : Le perchlorure est éminemment caustique, désorganisateur ; quelques gouttes injectées dans une tumeur anévrysmale suffisent pour frapper d'une inflammation désorganisatrice les parois du sac. Cheminant avec le sang, si la circulation n'est pas complétement arrêtée, il imprimera le sphacèle sur tous les tissus avec lesquels il se trouvera en contact.

Cette crainte a été partagée par l'auteur de la méthode. On recommande de doser avec une exactitude extrême l'agent coagulateur, on invente un instrument d'une précision très-grande, à l'aide duquel il sera désormais possible de calculer le nombre de gouttes qu'il faut injecter selon la capacité de l'anévrysme.

Si cependant on examine les cas dans lesquels l'injection méthodique du perchlorure de fer dans les anévrysmes a entraîné des accidents, on ne tarde pas à remarquer que ce n'est pas en général la première manœuvre, mais bien la seconde, la troisième, qui ont produit ces phlegmasies si redoutées, et qu'il faut ici tenir compte de la cause mécanique, de la ponction elle-même. Ne pourrait-on pas en déduire ce précepte, qu'il ne faut plus chercher désormais à guérir les anévrysmes par des injections successives, mais bien au contraire dépasser les doses insuffisantes de perchlorure auxquelles on avait voulu réduire chacune d'elles, et pratiquer immédiatement la ligature, lorsqu'une première injection aurait échoué, ou menacerait le sujet d'accidents inflammatoires ?

On ne peut nier l'influence heureuse exercée ici par le perchlorure. Nous voyons en effet un anévrysme très-volumineux, d'origine traumatique, s'enflammer deux mois et demi après la ligature de l'artère.

La détersion du sac laisse à nu une surface fongueuse, saignant au moindre contact. Des pulsations énergiques animant un caillot, rendent une hémorrhagie redoutable. Cet accident se présente une première fois, et peut être réprimé par un tamponnement énergique, associé aux réfrigérants. Mais l'écoulement sanguin se renouvelle avec une activité beaucoup plus forte. La modification profonde imprimée aux tissus par le perchlorure de fer à haute dose, fait complétement cesser tout vestige d'hémorrhagie.

Dans la savante discussion soulevée au sein de l'Académie de médecine par la communication de M. Malgaigne, on a eu plus particulièrement en vue les accidents que cet agent thérapeutique pouvait entraîner lorsqu'il était primitivement appliqué à la cure des anévrysmes. Son action dans les conséquences possibles des ligatures a été passée sous silence. Elle mérite cependant d'être envisagée. Car si la ligature nous a permis de conjurer les accidents consécutifs à l'emploi de la nouvelle méthode, ne devons-nous pas, en toute justice, signaler les cas dans lesquels cette catégorie d'opérations a pu être favorablement influencée par l'usage du perchlorure de fer?

L'hémorrhagie n'est-elle pas après le sphacèle du membre une des causes les plus fréquentes de l'insuccès après les ligatures artérielles? N'est-ce pas là l'accident qui vient à une époque variable détruire les espérances du chirurgien et ébranler la confiance des malades, obligés quelquefois de se soumettre à des opérations successives?

Que l'écoulement sanguin soit la conséquence du défaut d'organisation du caillot, et qu'il ait lieu par la plaie de l'opération ou par l'anévrysme lui-même, dont le contenu n'a pu se résorber et a amené l'ulcération de la poche, le perchlorure de fer pourra rendre d'importants services; il en sera de même dans les cas de plaies artérielles, pour lesquelles la méthode ancienne peut être difficile à appliquer. Le gonflement, l'empâtement des tissus, des anomalies possibles de position peuvent rendre cette recherche pénible. Le tube artériel peut même échapper à nos investigations, et le chirurgien se trouver dans la triste nécessité d'effectuer de grands désordres pour arriver jusqu'au vaisseau.

Nous trouvons encore des conditions d'application pour le perchlorure dans l'existence d'une hémorrhagie déclarée dans des tissus en suppuration à la suite d'une élimination par sphacèle, dans une plaie par arme à feu, par exemple. Ici la ligature entre le cœur et la lésion entraînera les mêmes inconvénients que dans toute plaie artérielle; pratiquée sur place, elle aura aux yeux de plusieurs chirurgiens qui

partagent encore les idées de Dupuytren, l'inconvénient d'exposer à une hémorrhagie prochaine par suite de la mise en contact du fil avec des tuniques artérielles rendues plus friables par un travail inflammatoire.

Mais pour avoir un résultat prompt et durable, il faut ici employer une solution suffisamment concentrée, qui modifie assez profondément les tissus. Une condition non moins importante de succès gît dans l'application immédiate de l'hémoplastique sur le siége de l'hémorrhagie. Tant qu'on se bornera à appliquer un bourdonnet imbibé de solution sur un orifice étroit, la présence des caillots interposés empêchera la coagulation, et l'hémorrhagie se reproduira, ainsi que cela m'est arrivé dans le traitement d'un petit anévrysme traumatique dont j'ai communiqué l'histoire à la Société. Je trouve dans l'observation de l'anévrysme brachial de quoi légitimer le précepte d'un large débridement, et me demande ce qui fût arrivé si, au lieu d'ouvrir largement la tumeur dans toute son étendue, j'eusse laissé à la nature le soin de pourvoir à l'élimination de son contenu. Les accidents d'infection purulente étaient imminents dans ce cas et l'hémorrhagie bien plus redoutable. Sans notion sur son siége précis, je demeurais désarmé en présence de cette éventualité et, le danger pressant, obligé de sacrifier le membre, ainsi que cela a été fait dans maintes circonstances analogues.

En insistant ainsi, messieurs, sur les services que le perchlorure de fer peut rendre comme hémostatique, j'espère rencontrer peu de contradicteurs ; presque tous les chirurgiens, je crois, sont d'accord à cet égard. Les expériences sont trop concluantes pour laisser matière au doute. Les seules variantes dans l'opinion portent ici sur le degré de confiance que mérite cet agent thérapeutique, sur le rang qu'il convient d'assigner à ce sel dans la classe des moyens propres à arrêter le sang. Il est loin d'en être ainsi lorsqu'on envisage la question des injections intra-artérielles. Ici, en effet, à côté de quelques rares sympathies, s'élèvent des répugnances nombreuses et nettement formulées.

Vous trouverez peut-être, messieurs, qu'il est bien hardi à moi d'aborder un pareil sujet, après l'éloquente protestation de M. le professeur Malgaigne et la discussion qui l'a suivie. Je le ferai cependant, parce que je crois que le tableau a été rembruni, et aussi parce qu'il me convient de m'innocenter de la part de blâme qui me revient dans l'improbation que quelques membres de l'Académie ont infligée à ceux qui, comme moi, ont tenté l'injection de perchlorure de fer. Mon obser-

vation, du reste, ainsi que j'espère le prouver, pour être un insuccès de la méthode, ne constituerait pas, à tout prendre, un argument aussi fort qu'on a bien voulu le dire, puisque mon malade a très-promptement guéri par la ligature et sans ouverture de la tumeur.

L'opération de la ligature, pour régner jusqu'à présent en souveraine dans la thérapeutique de l'anévrysme, n'en a pas moins, et quelles que soient les précautions apportées à son manuel, une longue série d'accidents possibles. A diverses époques, on peut le dire, la vie de l'opéré se trouve ici compromise, et il est peu d'opérations, en chirurgie, pour lesquelles on puisse dire plus tard: J'ai réussi.—Gangrène, inflammations d'ordres divers, phénomènes nerveux, abcès et fusées purulentes, quelquefois atrophie du membre, et enfin hémorrhagies possibles à la chute du fil ou à l'ouverture de la tumeur, telle est la triste série des éventualités en présence desquelles nous nous trouvons toutes les fois que nous posons un fil sur une artère importante. Ils sont donc fondés jusqu'à un certaiu point dans leur prétention, ceux qui cherchent d'autres méthodes, et on doit savoir gré aux investigateurs qui, à diverses époques, ont essayé de substituer à l'opération de la ligature des manœuvres moins compliquées, plus douces, et partant moins dangereuses en théorie.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil rétrospectif sur les résultats fournis par l'injection intra-anévrysmale, en déposant toute prévention et faisant simplement de l'histoire, que trouvons-nous? Cinq cas de guérison. Ce sont ceux de MM. Raoul-Delonchamp, Niepce, Serre (d'Alais), Valette (de Lyon) et Jobert (de Lamballe). Quant aux quatre cas de mort observés, il convient d'avoir égard aux faits suivants.

L'opéré qui est venu mourir dans le service de M. Malgaigne avait subi une opération à laquelle on pourrait faire quelques reproches. Il y a eu au moins excès dans la dose injectée. La circulation n'a pas été modifiée par une compression préalable. Quant à celui dont M. Lenoir nous a transmis l'histoire intéressante, il présentait des complications qui, à juste titre, devraient faire regarder cette victime comme étrangère à la méthode.

Dans les autres faits, nous voyons des accidents sur lesquels la chirurgie a une influence directe et favorable. C'est dans cette catégorie qu'il convient de classer ceux qui appartiennent à la pratique de MM. Velpeau, Alquié, Malgaigne, et les deux qui me sont propres. Ajoutons que M. Barrier (de Lyon) a pu faire plusieurs injections dans un anévrysme du tronc brachio-céphalique. En somme, nous trouvons un total de quinze cas, sur lesquels quatre morts, pour lesquels il me

semble juste de poser les restrictions que j'ai formulées tout à l'heure au sujet de deux d'entre eux.

Sans doute ce n'est point là un résultat remarquablement beau ; mais encore ne fallait-il pas le regarder comme tout ce que pouvait fournir la méthode, même corrigée par l'expérience. N'est-il pas, du reste, remarquable que, dans tous les cas pour lesquels la ligature a été appliquée après injection préalable, cette opération ait réussi ? Il s'agissait cependant de tumeurs enflammées à un degré variable. Cette circonstance ne constituerait donc pas, pourvu que la rupture ne fût pas imminente ou l'hémorrhagie déclarée, une condition si défavorable. En y réfléchissant même un peu, on pourrait trouver des raisons théoriques de succès. L'inflammation embarrasse la circulation, tend à créer des productions plastiques qui diminuent la capacité de la poche anévrysmale. Cet effet, joint à la solidification déjà obtenue par le perchlorure de fer, peut bien avoir ici préparé le succès de la ligature en favorisant la dilatation des anastomoses. Il est sous-entendu dans mon esprit, pour qu'un pareil résultat se produise, que l'inflammation est bornée à la tumeur, et que le point sur lequel le fil a été posé est lui-même exempt de toute phlogose.

Un traitement préparatoire à la ligature a été conseillé par quelques chirurgiens ; les moyens d'y parvenir ont seulement été différents.

C'est à la compression, à la glace, que quelques-uns ont demandé cette modification dans la poche de l'anévrysme. Cette dernière surtout, sur l'efficacité de laquelle un de mes prédécesseurs à l'hôpital, Guérin (de Bordeaux), a tant insisté, n'a pas reçu toute l'application qu'elle méritait.

Le fait suivant, dont vous voudrez bien excuser la narration, vu son importance, et quoiqu'il ne se rattache à mon sujet que d'une façon accidentelle, nous en offre les heureux effets.

Obs. II. — *Volumineux anévrysme de l'artère crurale traité avec succès par la ligature de l'iliaque externe. — Bons effets de la glace appliquée pendant trois jours sur la tumeur comme préparation à l'opération.*

François Suberville, âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, a eu autrefois la syphilis, pour laquelle il a subi un traitement mercuriel. Sa constitution est profondément détériorée, son facies se rapproche beaucoup de celui des malades qui ont subi pendant longtemps l'influence des miasmes paludéens.

Employé, au Verdon, à des travaux pénibles, cet homme était obligé

de se livrer à de violents efforts. Depuis quelque temps principalement, il était occupé à transporter de volumineuses pièces de bois, qu'il soulevait, à l'instar de ses camarades, à l'aide d'un levier qu'il appuyait souvent contre la partie supérieure de la cuisse droite.

Au commencement du mois de septembre 1853, Suberville ressentit tout à coup en travaillant un engourdissement douloureux de ce membre. A dater de ce moment, la vigueur ne fut plus la même, le pied s'engorgeait avec facilité, la claudication allait en augmentant. Ce ne fut cependant que vers la fin d'octobre que se manifesta, à la partie supérieure de la cuisse, une tumeur du volume d'un gros marron, animée de battements.

Un médecin, consulté à cette époque, conseilla l'application d'un bandage compressif que le malade porta pendant quelques jours, mais dont il fut bientôt obligé de discontinuer l'emploi, à cause des douleurs qu'il déterminait et du volume croissant de la tumeur.

Enfin son état s'étant beaucoup aggravé pendant le mois de décembre, il se décide à rentrer à l'hôpital Saint-André.

On constate alors à la partie supérieure de la cuisse droite une tumeur volumineuse, et dont la mensuration donne 25 centimètres transversalement, et 15 cent. de haut en bas, remontant jusqu'aux environs de l'arcade crurale, dont elle est séparée seulement par une distance de 3 centimètres environ. L'œil et la main y perçoivent des pulsations isochrones à celles du pouls, et auxquelles vient se joindre un bruit de souffle caractéristique. De plus ce membre est engorgé, et le malade y accuse un engourdissement douloureux. Il semble que les caillots sont peu abondants dans cet anévrysme, car la fluctuation est de la dernière évidence, le mouvement d'expansion très-rapproché du doigt.

Le 2 janvier, essai infructueux d'une compression entre le cœur et la tumeur ; le malade la supporte à grand'peine.

Le 3, voulant amener à tout prix un certain degré de coagulation dans la tumeur, avant de tenter la ligature, je me décide à appliquer une vessie de glace, avec recommandation expresse d'en continuer l'emploi avec la plus grande exactitude.

Le 4 janvier, changement manifeste dans la tumeur, qui est bien plus dure ; les battements y sont beaucoup moins expansifs, le bruit de souffle plus sourd et plus profond. Mais à côté de cette heureuse modification, nous noterons cependant l'existence d'un point rouge au sommet de la tumeur. Une deuxième vessie est ajoutée et placée au-dessous de la première.

Le 5, la rougeur a augmenté et le malade accuse des douleurs plus

vives, les pulsations sont encore plus faibles que la veille, la tumeur plus dure. — On continue la glace.

Le 6, diminution de la rougeur, la tumeur est toujours dure, mais le malade ne peut plus supporter la glace.

Le 7, je procède à la ligature de l'iliaque externe, en présence de M. le docteur Hirigoyen, mon collègue à l'hôpital, de M. le docteur Penanguer, chef interne, et de plusieurs élèves. Le procédé employé fut celui de Cooper. J'eus soin de décoller le moins possible le péritoine. Un triple fil ciré fut placé sur l'artère, environ à 4 centimètres au-dessus de l'anneau. Réunion de la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives. Le membre est enveloppé de ouate. — Boules d'eau chaude.

La température du membre a fort peu varié après l'opération. La tumeur, qui offrait une teinte rouge assez prononcée, a subitement pâli ; sa dureté a augmenté, et tout bruit anormal y a immédiatement cessé.

Pendant la nuit la fièvre se prononce, le pouls monte à 144 ; on est obligé de supprimer la boule d'eau chaude.

Le 8, rien de changé dans l'état local ; les urines sont faciles, peu abondantes ; pouls à 128 ; la peau est toujours moite, la langue humide.

Dans la soirée, sueurs extrêmement copieuses, flatuosités, éructations très-fréquentes (quelques cuillerées d'eau de menthe).

Le 9, l'état général est à peu près le même ; le malade sue beaucoup et est couvert d'une éruption. Le pied et la jambe, qui étaient très-engorgés lors de l'opération, ont sensiblement diminué, la sensibilité y est beaucoup plus distincte.

Le 10, je procède au premier pansement ; la plaie est réunie dans une grande étendue. L'état général est bon ; pouls à 100 pulsations. A dater de ce jour, amélioration rapide. La tumeur diminue chaque jour de consistance, devient fluctuante, sans aucun travail inflammatoire toutefois.

Le 22, chute de la ligature ; la plaie est presque totalement cicatrisée.

Le 31, hémorrhagie artérielle abondante par le seul pertuis qui existe encore au centre de la cicatrice. Elle s'était arrêtée spontanément, lorsque l'interne du service arriva auprès du malade ; il établit néanmoins une compression à l'aide de la pelote d'un brayer. Cet épiphénomène enraya pendant plusieurs jours la guérison, en amenant la

rupture de la cicatrice et une augmentation notable dans la quantité de la suppuration.

Pendant plusieurs jours, compression énergique à l'aide d'une masse de charpie et de compresses graduées. Depuis lors aucun traitement sanguin n'a lieu, et la cicatrisation reprend son cours.

Le 12 juin, Suberville est présenté à MM. les membres de la Société de médecine de Bordeaux. Sa santé s'est beaucoup raffermie, et il peut marcher sans le secours de la canne. La tumeur est très-réduite et a acquis beaucoup de dureté. Le succès paraît assuré et la résorption des caillots marcher avec rapidité. La cicatrice n'est repoussée par aucune hernie ; je crois cependant prudent de conseiller à mon opéré l'usage d'un brayer.

Ce fait offre plusieurs points importants, je l'ai observé dans des circonstances qui devaient en faire pour moi le sujet d'une certaine perplexité. Ce fut, en effet, peu de temps après que M. Pétrequin eut communiqué ses idées sur la combinaison de l'injection de perchlorure de fer avec la méthode de Brasdor.

Je pris dès lors le parti de sauvegarder ma responsabilité par une consultation. Quatre confrères visitèrent le malade, et après mûr examen, émirent une opinion qui donnait jusqu'à un certain point gain de cause à mes tendances. Deux conclurent en faveur de l'injection de perchlorure de fer après ligature au-dessous de la tumeur, un pour la méthode ancienne et l'ouverture de la tumeur, enfin, un quatrième pour la ligature de l'iliaque externe.

Le peu de chances probables qu'offrait dans ce cas cette opération, la fit rejeter par trois des consultants. La tumeur, vu son volume, vu l'inflammation qui y existait, semblait ne devoir pas se résorber. Enfin, le sujet était très-faible et se présentait dans de fort mauvaises conditions. Force nous fut cependant de la pratiquer, à cause d'un dérangement survenu dans l'instrument et de l'urgence d'opérer sous le plus bref délai.

Il me reste, messieurs, à vous faire connaître deux faits d'injection intra-anévrysmale. Le premier vous a été communiqué déjà, c'est pourquoi je serai très-bref dans son exposition. Je tiens seulement à le faire figurer dans ce travail, parce que je crois qu'il n'est pas contre la méthode une objection aussi sérieuse qu'il a pu le paraître à quelques confrères. Voici du reste les principales circonstances qui le constituent.

Obs. III. — Le malade, homme de trente-six ans, portait un volumineux anévrysme de la crurale gauche; bien que cette tumeur eût déjà atteint quatre centimètres dans son plus petit diamètre, et qu'elle fût animée de battements évidents, le malade avait toujours vaqué à ses occupations, et ce ne fut qu'à grand'peine qu'on parvint à le décider à se constituer en traitement. Je noterai, comme circonstance importante, l'extrême mollesse de cette tumeur anévrysmale qui concordait peu avec un pareil volume ; les battements expansifs y étaient de la dernière évidence et très-superficiels.

Deux injections de perchlorure de fer, la première de 4 et la seconde de 7 gouttes, furent poussées dans la tumeur à cinq jours de distance ; la compression fut exercée avec grand soin, et continuée pendant près de trois quarts d'heure après la première tentative.

Les phénomènes déterminés par ces deux injections furent de la dernière évidence, et témoignèrent hautement en faveur de la faculté coagulante du perchlorure de fer. La tumeur durcit instantanément et parut subir une modification dans sa forme ; elle devint plus acuminée. Les battements, le bruit de souffle, si apparents avant toute manœuvre, s'obscurcirent et parurent plus profonds dès que la compression fut levée.

Les accidents inflammatoires, bornés d'abord au pourtour de la piqûre, s'étendirent peu à peu et se généralisèrent à la totalité de la tumeur ; leur intensité fut beaucoup plus grande la seconde fois. Ce fut sur ces entrefaites, et peut-être un peu effrayé par les revers que la presse avait coup sur coup portés à ma connaissance, que je me décidai à pratiquer la ligature, qui fut suivie d'une prompte guérison.

Je crois devoir insister sur ce fait, qu'il ne s'est manifesté à aucune époque de collection purulente, pas même cet abcès d'expulsion que quelques chirurgiens avaient prédit comme conséquence inévitable de la non-absorption du magma produit par l'action du perchlorure de fer sur le sang. Voici plus d'un an que l'opération a été pratiquée, et cette question me paraît définitivement jugée.

Je noterai également le prompt amendement des symptômes locaux sous l'influence de la ligatnre. La rougeur, l'inflammation, qui s'étaient emparées de l'anévrysme ainsi que des tissus périphériques, disparurent en quelques heures.

Depuis lors, ce cas rentra dans la loi commune des ligatures artérielles, on peut même dire des plus favorables. Les anastomoses, dilatées par les caillots abondants que créa l'injection et par le maintien d'une compression à l'aine pendant quelques jours, expliquent ici la

facilité avec laquelle s'est rétablie la circulation collatérale. C'est à peine si on constata de l'abaissement dans la température du pied.

Le quatrième et dernier fait sur lequel j'attire votre attention, établit, ainsi que vous allez en juger, messieurs, un succès très-promptement obtenu par la méthode de Pravaz. Cette observation est entièrement inédite, ainsi que les deux premières que renferme ce travail.

Obs. IV. — Henri Ourcq, né à Lasse (Maine-et-Loire), âgé de vingt-trois ans, cordonnier, est entré l'hôpital Saint-André le 6 août 1854.

Ce jeune homme s'est fait, il y a deux jours, en coupant du pain avec un tranchet fraîchement aiguisé, une plaie à la partie antérieure du poignet gauche. La blessure est située à trois centimètres environ d'une ligne fictive représentant l'articulation radio-carpienne exactement sur la ligne médiane ; sa longueur est de deux centimètres, sa direction légèrement oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Un jet de sang vermeil et saccadé, et pour lequel il a fallu exercer une compression assez énergique, a été la conséquence immédiate de ce traumatisme.

A mon premier examen, je considérai le cas comme assez simple ; la situation de la plaie, également éloignée de la radiale et de la cubitale, me laissait dans le doute sur la lésion d'un vaisseau ; il pouvait y avoir eu préoccupation de la part du malade. La plaie fut réunie avec soin, et une compression légère exercée sur ses lèvres.

Le 12 août, la solution de continuité n'est point cicatrisée, ses bords sont rougeâtres et tuméfiés. On peut même déjà apprécier une petite tumeur parfaitement distincte et animée par des pulsations artérielles expansives. La compression isolée de la radiale et de la cubitale n'amène aucune modification dans les battements, qui cessent lorsqu'on comprime avec énergie ces deux artères. Pareil résultat est obtenu par la compression de l'humérale.

La présence d'un petit anévrysme faux consécutif était évidente ici. J'espérais en obtenir la guérison par une compression méthodique exercée à l'aide d'une pièce de monnaie recouverte de ouate. Ce pansement, répété pendant plusieurs jours avec le plus grand soin, n'eut pour résultat que d'amener la cicatrisation de la plaie. Quant à la tumeur anévrysmale, son développement s'accrut au point d'acquérir les dimensions d'une grosse fève. La compression n'avait évidemment pour résultat que de l'aplatir ; son inefficacité s'explique ici par l'absence d'une surface solide.

Quelle devait être la conduite du praticien en pareille occurrence ? Lier les artères cubitale et radiale? mais ces deux opérations offraient une certaine gravité; rien du reste n'indiquait un succès positif de cette pratique. Les récidives fréquentes que l'on observe, lorsqu'on interrompt le cours du sang dans ces deux artères pour une plaie de la paume de la main, devaient nous rendre essentiellement circonspect. Convenait-il plutôt d'ouvrir la tumeur, puis de tenter son tamponnement, si on pouvait parvenir jusqu'à la lésion artérielle? Cette manœuvre était tout aussi incertaine et aussi dangereuse.

Restait l'électro-puncture, que j'eusse bien certainement employée, le cas échéant, il y a quelques années; puis l'injection de perchlorure de fer. Je me décidai en faveur de cette dernière.

Le 5 septembre, après avoir fait comprimer avec le plus grand soin les artères radiale et cubitale, je ponctionne le point le plus culminant de la tumeur. Quelques mouvements imprimés à la canule suffisent pour amener quelques gouttes de sang. La seringue est immédiatement vissée, et quatre gouttes de perchlorure de fer injectées dans la tumeur. Douleur vive, mais très-passagère, qui se complique d'un léger engourdissement.

La compression fut continuée pendant dix minutes environ, pendant lesquelles la tumeur prit une dureté croissante et parut revenir sur elle-même. Au bout de ce temps, on laissa le sang affluer. Toute pulsation avait cessé.

Application de compresses mouillées; compression modérée sur le trajet de la radiale et de la cubitale pendant les premières vingt-quatre heures. Tels sont les seuls moyens employés. Le gonflement a été modéré et s'est compliqué d'un peu de rougeur de la peau. Le malade n'a pas eu un seul instant la fièvre, et dès le lendemain a été remis à son régime ordinaire.

Il est sorti le 22 septembre.

A cette époque, on constatait encore une petite dureté dans le point occupé par l'anévrysme. La guérison était complète.

Ce fait, qui a eu pour témoins plusieurs de nos confrères, et entre autres MM. les docteurs Martin, Lachaze, Aboulène et Desbonne, vient témoigner dans les limites de son importance en faveur de la méthode nouvelle. Sans doute la tumeur anévrysmale était petite, mais son accroissement journalier rendait urgente une manœuvre chirurgicale. La compression ayant échoué, je trouvai là des conditions favorables à l'expérimentation de la méthode Pravaz. Tumeur anévrysmale de petit volume, d'origine traumatique; peau complétement exempte de traces

d'inflammation ; au contraire, des caillots en assez grande abondance relativement au volume de l'anévrysme.

Quelle était maintenant la source de cette tumeur ? Les symptômes que j'ai décrits ne permettent pas de songer à une lésion de l'artère radiale ou cubitale, ce qui eût nécessité, en outre, une grande obliquité du coup, car la plaie était placée exactement sur la ligne médiane. Si la tumeur eût été située un peu plus haut, on eût pu songer à une lésion de l'artère inter-osseuse, que j'ai vue atteinte dans des circonstances identiques. Mais l'action que la compression des artères radiale et cubitale exerçait sur cette tumeur n'aurait pas tardé à détruire cette idée. Le rameau lésé paraît avoir été ici une branche anastomotique anormalement dilatée.

Bornant enfin des réflexions que je désirais soumettre à votre bienveillance, permettez-moi, messieurs, de résumer mon travail par les conclusions suivantes :

1° Une solution concentrée de perchlorure de fer n'a pas sur nos tissus une influence aussi délétère qu'on a bien voulu le dire ;

2° Cet agent thérapeutique est destiné à rendre d'importants services dans le traitement des hémorrhagies, et présente un réel avantage dans celles qui se déclarent consécutivement, et au nombre des éventualités fâcheuses des ligatures artérielles ;

3° L'injection de perchlorure de fer peut encore être tentée dans le traitement de certains anévrysmes, et constitue dans certains cas donnés un véritable progrès ;

4° Il convient, je crois, ici, d'avoir égard aux circonstances suivantes : Choisir une tumeur peu volumineuse, située sur le trajet d'une artère peu considérable, injecter avec le soin de comprimer avec une minutieuse attention au-dessous et au-dessus une quantité plus considérable de perchlorure de fer qu'on ne l'avait conseillé jusqu'à ce jour, et ne jamais faire plus d'une injection.

Peut-être obtiendrait-on de bons effets de l'emploi de la glace appliquée immédiatement après l'injection. J'aurais, pour ma part, d'autant moins de répugnance à me ranger à cette modification, que les accidents gangréneux que l'on a observés jusqu'à présent me paraissent tenir ici à l'excès d'inflammation plutôt qu'à une action mortifiante propre au perchlorure de fer. Cela aurait à mon sens un double avantage. Maîtrisant, en effet, d'une part, l'inflammation, et enlevant ainsi à l'injection artérielle une grande partie de sa gravité, elle seconderait son action coagulante sur le sang.

Expérimentée avec prudence, et en marchant du simple au composé,

la méthode de Pravaz n'occasionnera pas des désastres comparables à ceux qu'on a voulu lui imputer. L'inflammation qu'on s'expose à voir développer dans la tumeur anévrysmale par son emploi, ne sera pas désorganisatrice, et pourra être facilement maîtrisée par la ligature, à laquelle elle n'aura pas créé des conditions plus fâcheuses.

Séance du 13 mai 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Bec-de-lièvre compliqué opéré quelques jours après la naissance. Insuccès. — M. VERNEUIL montre un enfant âgé de six semaines, et qui a déjà subi en ville trois opérations successives. Les parents rendent compte avec intelligence de ce qui s'est passé. La *première opération* a été faite cinq jours après la naissance. Voici en quoi elle a consisté : le tubercule charnu qui fait suite au lobule du nez a été détaché par sa face profonde du tubercule osseux sous-jacent formé par les os intermaxillaires ; puis, au moyen de la suture entortillée, on a réuni le petit lambeau formé par ce tubercule cutané avec les deux moitiés latérales de la lèvre supérieure. Le tubercule osseux a été ménagé ; c'est au-devant de lui que la réunion a été faite. Ce premier temps a manqué ; le tubercule cutané s'est gangrené vers le quatrième jour.

La *deuxième opération* a été faite bientôt après ; elle a consisté dans la résection du tubercule osseux. Il y a eu hémorrhagie par deux petites artères : on a dû employer le fer rouge pour l'arrêter.

Quinze jours après, c'est-à-dire avant la fin du premier mois, *troisième opération*, c'est-à-dire réunion des deux moitiés de la lèvre. On a employé une suture qui rappelle beaucoup celle que M. Denonvilliers a décrite lors de notre récente discussion sur le bec-de-lièvre. Deux plaques de caoutchouc ont été placées, l'une au-devant, l'autre derrière la lèvre, puis des fils perçant perpendiculairement la lèvre et les lames de caoutchouc ont servi de moyen de réunion. L'enfant a crié presque toute la journée qui a suivi cette opération ; les lèvres étaient fort tendues, à ce qu'il paraît ; cependant tout s'est calmé.

Le petit appareil est resté en place huit jours. On l'a retiré seulement quand il était complétement détaché. Dès le quatrième jour, il

était devenu mobile par sa partie supérieure, et l'enfant, avec sa langue, cherchait sans cesse à s'en débarrasser.

Lorsque les plaques furent retirées, on constata que la lèvre n'était pas réunie, que les fils avaient coupé les bords de la plaie, et qu'une petite languette située sur le bord libre avait seule contracté l'adhésion.

Les parents, vivement contrariés de cet insuccès, amènent l'enfant à l'hôpital, à la consultation de M. P. Guersant, que je remplaçais momentanément, et expriment le désir qu'une nouvelle tentative soit faite. Voici ce que je constate :

L'enfant est robuste et bien constitué; le bec-de-lièvre qu'il portait est compliqué de la fente complète de la voûte palatine et du voile du palais, avec écartement assez considérable des pièces latérales de la mâchoire supérieure. Le nez est développé, aquilin, bien conformé; il n'est pas épaté.

La sous-cloison est formée par le bord inférieur du vomer, qui a été réséqué; ce bord est rouge, recouvert par la muqueuse; il n'est pas sur le même plan que le lobule, mais bien à quelques millimètres plus haut. La partie moyenne de la lèvre supérieure manque complétement, si ce n'est en bas vers le bord libre, où existe une languette charnue, longue d'un centimètre et haute de 3 millimètres environ, qui réunit les deux moitiés de la lèvre. Il existe donc une vaste perforation circulaire un peu plus large que haute, et qui mesure environ 13 à 14 millimètres en travers; lorsque l'enfant pleure, cette ouverture s'agrandit d'un tiers environ. Le contour en est formé en haut par le lobule et les ailes du nez, en bas par la languette décrite plus haut, sur les côtés par les bords écartés des lèvres qui sont laciniés par suite des sections opérées par les fils de la suture. Au moyen de cette ouverture, une sonde cannelée pénètre librement en haut dans les fosses nasales, en bas dans la bouche et dans la fissure palatine. Les bords de la perforation adhèrent latéralement à la partie antérieure des deux os maxillaires supérieurs, de manière qu'on ne peut point les amener au contact; ils sont arrondis et recouverts par une cicatrice rosée qui paraît complète. Au niveau du bord supérieur de la languette, il semble que la peau et la muqueuse soient soudées ensemble.

Au dire des parents, l'enfant a très-bien supporté les trois opérations que j'ai décrites plus haut; il n'a jamais eu de fièvre ni d'agitation, si ce n'est pendant un jour après la troisième. On l'a nourri depuis sa naissance en le faisant boire à la cuiller; il paraît s'accommoder de ce régime.

Voici donc un cas remarquable d'insuccès, avec cette particularité curieuse de la persistance d'un pont charnu jeté entre les deux lèvres.

Je crois utile d'ajouter quelques réflexions à ce fait intéressant:

1° Il est évident que le chirurgien a adopté le principe de l'opération en plusieurs temps, mais qu'il les a intervertis. Ainsi, au lieu de commencer par l'incision du tubercule osseux, il a voulu d'abord réunir le tubercule cutané aux deux pièces latérales de la lèvre. J'avoue ne pas comprendre l'utilité de cette manière d'agir. En effet, la saillie du tubercule osseux étant la cause principale des insuccès de la réunion, il est indiqué de commencer par se débarrasser de cet obstacle avant d'entreprendre la restauration de la lèvre; de plus, lorsque le tubercule cutané fait immédiatement suite au lobule du nez, comme cela avait lieu, il paraît, dans le cas actuel, il ne peut servir qu'à la restauration de la sous-cloison, et ne doit pas entrer dans la composition de la lèvre future, car, s'il y entrait, ce ne serait qu'en déprimant en arrière la pointe du nez, ce qui serait fort choquant. Je ne saurais donc approuver la marche qui a été suivie dans ce premier temps de l'opération, et je ne m'étonne pas que le tubercule cutané, pressé sur la saillie du tubercule osseux, ait été détruit par la gangrène.

2° Je ne ferai qu'une remarque à propos du second temps. Elle est relative à la présence de deux artérioles dans l'épaisseur de la muqueuse qui tapisse le bord inférieur du vomer. J'ai déjà vu ces artérioles donner du sang dans une opération pratiquée à l'Hôtel-Dieu par M. Broca sur un enfant plus âgé. Dans un cas plus récent et que je viens d'opérer moi-même, cette complication ne s'est pas présentée et le sang s'est facilement arrêté après la section du tubercule osseux. Mon opéré a cinq ans et demi; comme cette hémorrhagie artérielle n'est pas généralement notée, il est probable que la présence des artérioles de la cloison n'est pas constante; mais comme on ne peut la prévoir d'avance, il faut toujours en tenir compte, ne serait-ce qu'à cause des moyens hémostatiques énergiques qu'elle réclame. On se rappelle que dans la grande discussion sur le bec-de-lièvre, cette complication a été invoquée, avec raison suivant moi, contre le procédé de Blandin (section cunéiforme de la sous cloison).

3° N'ayant pas observé moi-même le malade, je ne puis apprécier exactement la cause de l'insuccès de la réunion de la lèvre; pourtant je suis porté à croire qu'il doit être en grande partie attribué au séjour beaucoup trop prolongé de l'appareil unissant; les sutures laissées trop longtemps en place amènent fatalement la section des lèvres d'une

plaie, et cet accident arrivera d'autant plus vite que le tiraillement sera plus grand et les tissus plus mous.

Ces deux conditions étaient réalisées dans le cas actuel ; aussi, dès le quatrième jour, les plaques de caoutchouc devinrent mobiles, ce qui indique que les fils à cette époque étaient en train de couper les parties molles. Au lieu de retirer en ce moment les sutures, ce qui aurait pu encore sauver les choses, on les a laissées encore quatre jours ; l'inflammation n'a fait que s'accroître sous l'influence de ces corps étrangers, il en est résulté une rétraction énergique des bords et leur soudure avec les os maxillaires supérieurs.

Ce qui vient à l'appui de mon hypothèse sur les causes de l'insuccès, c'est que le bord inférieur de la lèvre, soustrait plus que les autres points à l'irritation permanente causée par les fils, a pu contracter l'adhésion, quoique aussi mou et au moins aussi tiraillé que le reste de la lèvre. C'est vraiment une chose singulière que de voir combien le mécanisme de la réunion immédiate est mal interprété par la majorité des praticiens, et il faudra répéter encore bien des fois sans doute que la suture mal employée fait échouer consécutivement autant de réunions qu'elle en procure, quand elle est mise en usage d'après les données physiologiques.

4° Il ne faudrait pas conclure de ce fait au rejet du procédé de réunion qui a été employé ici. M. Denonvilliers, en proposant sa suture à plaque, a voulu remplir une indication utile, c'est-à-dire prévenir le contact répété de la pointe de la langue contre la face postérieure de la lèvre, contact de nature à faire échouer la réunion. Cette cause d'insuccès paraît évidente dans certains cas. MM. Goyrand (d'Aix) et Broca, qui s'en sont aperçus, ont employé pour y remédier des petits appareils ingénieux, dont au reste et l'idée et l'usage se retrouvent déjà dans une observation de bec-de-lièvre qui fait partie des mémoires de Louis.

Il ne faudrait pas croire cependant que l'emploi d'une plaque isolante placée devant la lèvre soit absolument nécessaire. M. Nélaton, avec lequel j'en causai récemment, ne l'emploie pas ; il craint que ce corps étranger n'amène de la gêne, et ne sollicite par cela même les mouvements continuels de la langue et des lèvres que l'on veut précisément éviter. Il faudrait donc réserver ce moyen pour des cas exceptionnels.

5° Consulté par les parents sur l'opportunité d'une opération nouvelle, j'ai répondu qu'il fallait différer toute espèce de tentative jusqu'à un âge plus avancé, et je me suis fondé sur plusieurs raisons. L'adhé-

rence aujourd'hui établie entre les parties latérales de la lèvre et les os maxillaires, nécessiterait des incisions, des décollements autoplastiques étendus, qui à cet âge ne seraient pas sans danger. La languette étroite qui réunit les deux bords de la lèvre, quoique fort étroite, suffira cependant pour empêcher que la perforation ne s'agrandisse, peut-être même celle-ci diminuera par la rétraction de la cicatrice demi-circulaire qui en limite le contour inférieurement. Aujourd'hui cette languette est si étroite que le moindre avivement la réduirait à presque rien, et que la moindre inflammation s'emparant de la suture pourrait détruire cette bride aujourd'hui si utile.

On doit donc différer; mais il est indiqué d'employer un de ces appareils anciennement conseillés et destinés à ramener les parties molles des joues vers la ligne médiane à l'aide de deux pelotes arrondies exerçant une pression lente et continue. On cite des cas nombreux, et M. Robert en a vu plus d'un exemple, où cette manœuvre a agi de la manière la plus favorable sur les os maxillaires eux-mêmes, dont elle diminue beaucoup l'écartement.

Dans tous les cas, il y a une difformité qu'on ne fera jamais disparaître et qui est une suite de la première opération, je parle de l'absence de sous-cloison : il faudrait peut-être en reformer une aux dépens de la lèvre supérieure, comme cela a été fait par Blandin.

6° Ce fait pourrait être compté contre l'opération hâtive du bec-de-lièvre compliqué; cependant il faut noter que la marche singulière qui a été adoptée dans les divers temps de l'opération est sans doute pour quelque chose dans l'insuccès, qu'on aurait peut-être évité en se conformant plus rigoureusement aux principes de l'art. Cette question d'opportunité d'opération pourra bien être tranchée dans les discussions, mais longtemps encore elle sera incertaine dans la pratique. Il y a des cas, on n'en saurait douter, où le chirurgien a pour ainsi dire la main forcée, surtout pour les enfants de la classe la plus élevée de la société. Les parents veulent l'opération quand même et sur-le-champ. M. Nélaton, dont personne ne récusera la prudence, a été conduit dans ces derniers temps à pratiquer ainsi deux opérations de ce genre. Son habileté aidant, il a obtenu deux succès complets dans la première semaine de la vie. C'est de sa bouche que je tiens ces détails. C'est ce qui me fait dire que l'on peut se trouver en pareil cas dans une grande perplexité.

M. MARJOLIN trouve dans ce fait une preuve de plus des chances d'insuccès auxquelles on s'expose en opérant trop tôt le bec-de-lièvre. Il pense qu'il ne faut pas recommencer l'opération avant cinq ou six

mois, et qu'on augmenterait les chances de succès en appliquant d'ici là un appareil destiné à rapprocher les deux moitiés de la mâchoire.

Luxation du poignet. — M. CHASSAIGNAC présente une jeune fille qui dans une chute s'est fait une luxation du poignet gauche; la main reste dans la flexion et dans l'immobilité.

M. MOREL-LAVALLÉE pense que le carpe n'est luxé que sur le cubitus, parce que, s'il l'était également sur le radius, on sentirait l'extrémité de cet os.

M. CHASSAIGNAC répond que la luxation lui paraît complète à cause de la flexion complète du poignet.

M. BOUVIER croit pouvoir concilier ces deux opinions en rappelant que dans les luxations anciennes le bord antérieur de la surface articulaire du radius s'efface, et permet au carpe de se fixer dans une position fléchie.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Bouvier.

M. DEGUISE, à propos de ce que M. Broca a dit de l'opération qui a été pratiquée sur l'enfant dont il a été question dans la dernière séance, dit qu'il regardait la tumeur blanche de cet enfant comme guérie.

M. VERNEUIL communique l'observation suivante d'une malade à qui il a redressé le genou en présence de M. Bouvier :

Metrat (Antoinette-Joséphine), âgée de treize ans, entre à l'hôpital le 7 mai.

Il y a six ans environ, elle a commencé à souffrir dans le genou droit, qui est devenu volumineux, et à boiter un peu; elle entra alors une première fois aux Enfants malades, où on lui appliqua des vésicatoires. Au bout d'un mois, elle sortit avec de l'amélioration sous le rapport des douleurs, mais le genou ayant conservé son volume. A la fin de 1855, elle rentre à l'hôpital avec une nouvelle période d'acuité dans sa maladie; des vésicatoires sont appliqués, et elle peut quitter l'hôpital au bout de trois semaines. Dans le courant de 1856, on appliqua des vésicatoires chez elle à plusieurs reprises. Depuis un mois, les douleurs sont devenues très-vives; puis, dans la nuit du mardi 5 au mercredi 6 mai, la jambe se plie sur la cuisse et la marche devient tout à fait impossible.

Le 8, la jambe est fléchie à angle aigu sur la cuisse, le genou est très-volumineux, la peau tendue, luisante, violacée, chaude, les mus-

cles fléchisseurs de la jambe sont tendus, mais facilement dépressibles; douleurs spontanées supportables, mais douleurs à la pression très-vives, surtout au niveau de la rotule et des insertions supérieures du ligament latéral externe. Le toucher donne la sensation d'un empâtement général, la malade ne présente les signes d'aucune autre affection.

Le 10, la chloroformisation ayant amené l'insensibilité, la jambe est ramenée dans l'extension complète avec la plus grande facilité; une traction très-légère suffit, sans que la main du chirurgien perçoive aucun craquement, aucun frottement rugueux. La jambe est maintenue allongée dans une gouttière rectiligne, avec une traction légère sur le pied. Aussitôt son réveil, la malade souffre moins. A partir de ce moment jusqu'au 13 mai, la douleur diminue ainsi que la sensibilité à la pression qui est presque nulle, et le gonflement présente une diminution très-notable.

M. BOUVIER, répondant aux objections qui lui ont été faites, reconnaît que M. Bonnet avait d'abord parlé du redressement des membres dans les tumeurs blanches anciennes, aussi bien que dans celles qui sont récentes, mais que plus tard, en 1853, il corrigea son opinion, et ne conseilla sa méthode que pour les cas où il existe encore de l'inflammation. Pour la question de priorité, il rappelle que M. Bonnet pratiquait déjà le redressement en 1840. Mais c'est M. Langenbeck qui le premier employa le chloroforme dans ce but.

Quant à la question pratique, M. Bouvier ne prétend pas qu'il faille rejeter toujours le redressement des articulations malades; il accepte au contraire le principe de les redresser toutes les fois que la position n'est pas favorable; il existe des cas assez nombreux de succès dus à cette méthode, mais M. Bouvier pense que pas un de ses collègues n'en fait un précepte général. M. Robert n'a cité que trois cas où il l'ait employé; M. Richet, une vingtaine; ces messieurs, d'après ce petit nombre de cas, paraissent partager l'opinion de M. Bouvier.

Le fait rapporté par M. Verneuil se présente d'une manière favorable; mais c'est un cas particulier, et M. Bouvier pense qu'il n'en a pas moins eu raison de dire qne la plupart des chirurgiens n'admettent cette méthode que pour des cas spéciaux.

Si M. Verneuil eût éprouvé de la résistance, M. Bouvier doute qu'il eût voulu la vaincre violemment.

M. VERNEUIL répond qu'il n'a pas éprouvé de résistance, parce qu'il a employé le chloroforme; mais que sans cela la résistance aurait été considérable et la douleur très-vive. Si, malgré l'anesthésie, il eût

éprouvé de la résistance, il aurait cessé ses tentatives. Il pense qu'il serait imprudent d'employer le redressement lorsque le tibia a commencé à glisser sur la surface articulaire du fémur et quand le ligament postérieur s'est rétracté et s'oppose à l'extension. Dans ce cas, si on persistait dans ses tentatives, on romprait le ligament postérieur, ou bien le tibia glisserait complétement en arrière, et on produirait une luxation. Dans un cas M. Verneuil essaya de redresser un genou atteint de tumeur blanche sur le cadavre, il produisit l'écrasement du bord antérieur des tubérosités du tibia, ramolli par la maladie. Avec l'anesthésie on ne peut éprouver de résistance que de la part des obstacles mécaniques, et si elle est trop forte on doit s'arrêter.

M. ROBERT explique la rareté des cas de redressement que M. Bouvier a signalée par le petit nombre d'articulations auquel il convient; on ne peut l'appliquer à l'épaule, au coude, au poignet, au pied. M. Robert n'a pas osé l'employer dans la coxalgie, à cause de l'épaisseur des parties molles, qui empêche d'apprécier exactement l'état de l'articulation, et de la difficulté de fixer le bassin. Reste donc le genou, auquel la méthode s'applique spécialement; mais ici encore il y a de nombreuses contre-indications. Dans les tumeurs blanches des enfants, il y a presque toujours maladie des os, tendance à l'ankylose, et très-souvent la rotule est déjà soudée aux condyles du fémur. De plus les tumeurs blanches s'accompagnent très-souvent de déplacements complexes; il y a en même temps flexion de la jambe sur la cuisse, déplacement en arrière de l'extrémité supérieure de la jambe, rotation du pied en dehors, abduction de la jambe qui forme avec la cuisse un angle obtus ouvert en dehors; on ne pourrait dans ces cas rétablir la position normale.

Les cas favorables au redressement sont, suivant M. Robert, les inflammations subaiguës de la synoviale, compliquées de la flexion plus ou moins considérable de la jambe, et le plus ordinairement de douleurs vives. Sur une femme atteinte d'arthrite depuis plusieurs mois, avec flexion du membre et douleur vive, il a été conduit à redresser l'articulation, parce qu'il avait constaté par de petits mouvements qu'il n'y avait pas d'ankylose. En 1850, un homme avait une arthrite très-douloureuse, avec flexion telle que le tibia touchait à la fesse, mais il y avait seulement lésion de la synoviale, et la flexion n'était accompagnée d'aucun autre déplacement; en deux minutes le redressement fut obtenu à l'aide du chloroforme, et le résultat fut très-satisfaisant. M. Robert pense que le redressement pourrait encore se faire dans les arthrites anciennes avec épaississement des tissus fibreux.

M. Robert termine en faisant observer que le redressement tel que

le pratique M. Bonnet est bien une méthode nouvelle, qui ne ressemble pas à ce que faisait M. Lesauvage.

M. CHASSAIGNAC ne traite jamais de tumeurs blanches sans placer le membre dans une gouttière, et le redressement se fait le plus souvent de lui-même en quelques jours. Il pense que le soulagement vient de l'immobilité et non du changement d'attitude. Mais ce n'est pas tout de guérir une tumeur blanche, il faut rétablir les mouvements le plus possible, et c'est là que le redressement peut être très-utile; seulement, comme il l'a dit, il a vu arriver des accidents. Lorsqu'on veut rendre la mobilité à une articulation, il faut attendre que la tumeur blanche soit guérie, qu'il n'y ait plus d'inflammation, et mettre le membre dans les conditions les plus favorables. Lorsqu'il croit une tumeur blanche guérie, M. Chassaignac la redresse à l'aide du chloroforme et la place dans une gouttière jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de craintes d'inflammation. Huit jours suffisent d'ordinaire; alors il la fléchit et l'immobilise de nouveau. En continuant ainsi, il arrive à rendre au membre ses mouvements; mais, dans tous les cas, chaque tentative s'accompagne toujours d'un peu d'inflammation. Ces manœuvres seraient très-imprudentes s'il y avait carie ou nécrose.

Enfin M. Chassaignac demande ce qui arrive aux tumeurs blanches lorsque le redressement ne réussit pas, et dit que dans certains cas la maladie s'aggrave.

M. BROCA demande qu'on ramène à ses véritables termes la discussion, qu'on a compliquée en y introduisant des faits qui lui sont étrangers. Pour la question historique, le premier qui a employé le chloroforme dans le redressement des articulations malades n'est pas Langenbeck, mais Blandin, qui s'en est servi en 1847. Du reste, cette question est assez futile.

Les faits dont a parlé M. Chassaignac ne sont pas comparables, suivant M. Broca, à ceux de M. Bonnet. Ce dernier veut redresser brusquement les articulations qui sont fléchies. Or, un genou fléchi ne peut se placer dans une gouttière. Quant aux avantages de la méthode, il faudrait savoir si l'irritation causée en une seule fois est moindre que la somme des irritations répétées que produisent les redressements successifs. Enfin, M. Chassaignac craint des accidents dans le cas où la tumeur blanche ne guérirait pas après avoir été redressée; ce serait à lui d'en montrer. M. Broca n'en a jamais vu, et demande si M. Chassaignac en a observé à la suite d'opérations méthodiques.

— A cinq heures un quart la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 20 mai 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. MOREL-LAVALLÉE, à l'occasion de la luxation du poignet présentée par M. Chassaignac dans la dernière séance, rappelle que, contrairement à l'opinion de M. Chassaignac, il a soutenu qu'il y avait déformation des surfaces articulaires sans luxation du carpe sur le radius.

M. CHASSAIGNAC, dans l'opération qu'il a pratiquée à son jeune malade, a pu vérifier l'exactitude du diagnostic de M. Morel. En effet, après qu'il eut divisé les tendons fléchisseurs par la méthode sous-cutanée, toute résistance ayant cessé, il a pu redresser la main et a constaté la réduction du carpe sur le cubitus, qui n'a pu revenir à sa place. Le radius, au contraire, a repris sa place avec la plus grande facilité; seulement la réduction n'a pu être complète, le cubitus restant toujours en arrière du radius. L'impossibilité de ramener la main à sa direction naturelle conduira peut-être à faire la résection du cubitus.

Suite de la discussion du rapport de M. Bouvier.

M. CHASSAIGNAC donne des explications sur ce qu'il a dit des dangers du redressement des articulations malades, qui peut conduire à l'amputation, et cite des cas de tumeurs blanches où cette opération a eu de fâcheux résultats.

M. LARREY, qui occupe le fauteuil du président, fait observer que l'on a étendu la discussion, et qu'elle porte sur beaucoup de points étrangers au rapport de M. Bouvier.

M. VERNEUIL annonce, à l'occasion du procès-verbal, qu'il communiquera à la Société l'observation complète de la malade dont il a rapporté l'opération, mais il peut déjà dire qu'il n'est survenu aucun accident, et qu'il a noté dans les symptômes une diminution qu'on n'aurait certainement pas obtenue sans le redressement. Depuis cette opération, il a encore rendu M. Bouvier témoin de deux tentatives semblables couronnées de succès.

M. RICHARD fait observer, comme M. Larrey, que dans le rapport de M. Bouvier il n'est question que du redressement des articulations dans les cas d'arthrites, et non dans les tumeurs blanches et les fausses ankyloses. La question est donc seulement de savoir si cette méthode est favorable dans les inflammations articulaires.

M. CHASSAIGNAC soutient que, dans le travail de M. Crocq, il est aussi question des tumeurs blanches sans exception. Il prie M. Bouvier de vouloir bien replacer la question.

M. BOUVIER répond que M. Crocq propose le redressement pour tous les cas de tumeurs blanches, et que dans son rapport il a repoussé cette doctrine présentée d'une manière aussi générale.

M. CHASSAIGNAC a dit que l'usage des gouttières peut dans certains cas remplacer le redressement brusque; il l'a constaté, entre autres, dans deux cas. Dans certaines tumeurs blanches, le redressement du membre ne peut être obtenu instantanément; mais on l'obtient en quelques jours en plaçant le membre dans une gouttière. A l'appui de son opinion, M. Chassaignac communique la note suivante :

J'ai en ce moment dans mon service, à l'hôpital Lariboisière, 18 malades entrés à l'hôpital pour des tumeurs blanches.

Il y a 18 malades, mais il y a 19 tumeurs, parce que l'un des sujets a deux tumeurs blanches à la fois, les deux genoux étant malades chez lui.

Sur ces 18 malades, 5 ont subi l'amputation, soit une amputation de cuisse et quatre amputations de jambe.

Sur ces 18 malades, nous trouvons 10 tumeurs blanches du genou, 4 tumeurs blanches du pied, 1 tumeur blanche de l'épaule, 1 du poignet et 1 de l'articulation coxo-fémorale.

Des 10 tumeurs blanches du genou, 1 seule a nécessité l'amputation.

Des 9 autres, 4 sont guéries ou à peu près guéries, 2 sont en traitement par le drainage, les 3 dernières sont traitées par l'immobilité dans une gouttière et divers autres moyens qui ont été indiqués dans un travail publié en avril 1854 dans le journal de M. Malgaigne.

Dans aucun des cas, à l'exception d'un seul, on n'a eu recours au redressement subit, jamais au redressement brusque.

Chez tous les malades, sans exception, l'emploi de la gouttière a toujours été suivi d'amélioration.

Quand au début de l'emploi de la gouttière il y a difficulté pour l'extension, on matelasse suffisamment le creux du jarret, ou on emploie

pendant quelques jours la gouttière coudée; il n'est pas un seul des 10 malades chez lequel, spontanément et en peu de temps, il n'y ait eu redressement et possibilité d'appliquer la gouttière rectiligne.

M. BOUVIER montre, par la lecture d'un passage de son rapport, qu'il est d'accord avec M. Chassaignac. Il n'a pas voulu proscrire les extensions brusques, mais il demande si on ne réussirait pas aussi bien par des extensions graduelles.

M. RICHET a pris la parole dans la dernière séance pour montrer l'innocuité des extensions brusques, qu'il avait déjà soutenues dans son mémoire couronné par l'Académie. Il distingue trois cas dans lesquels on peut proposer l'extension :

1° Les arthrites aiguës, il n'en a pas soumis à l'extension;

2° Les ostéo-synovites, même suppurées; c'est de ces cas seulement qu'il s'occupe;

3° Des tumeurs blanches avec affection organique des os, il ne s'en occupe pas.

Si M. Bonnet a posé le principe du redressement en méthode générale, M. Richet trouve que ce précepte n'est pas prudent. Mais pour les tumeurs blanches suppurées, il y a longtemps que M. Velpeau les traitait par ce moyen. Lorsqu'un malade arrive avec une tumeur blanche ancienne et même suppurée, causant des douleurs violentes qu'on ne peut calmer par les moyens ordinaires, M. Richet pense qu'on est en droit de redresser ou de fléchir brusquement le membre, suivant le cas, parce qu'il l'a fait et n'a pas eu d'accident. On ne doit pas le faire, au contraire, en l'absence des douleurs, dans le seul but d'obtenir une meilleure position du membre, parce que dans ces cas il y a souvent des accidents. On peut alors recourir à l'extension lente, pourvu qu'elle ne cause pas de douleurs.

M. FORGET ne croit pas que M. Bonnet ait conseillé de redresser toutes les articulations malades ; il n'en parle pas ainsi dans ses mémoires publiés en 1840 et 1844 ; il dit, au contraire, qu'il conseille ce moyen, surtout pour les arthrites aiguës. M. Forget n'a pas trouvé d'observations de redressement de tumeurs blanches anciennes datant de quinze ou dix-huit mois et plus. Dans un cas de tumeur blanche récente, il a obtenu le redressement en trois jours.

M. Forget rappelle que M. Bonnet a cherché à préciser les conditions anatomiques qui produisent des douleurs dans certaines attitudes et qu'il a signalé le tiraillement de certaines parties, et le pincement par les surfaces osseuses des parties boursouflées par l'inflammation.

Quant au fait rapporté par M. Chassaignac, M. Forget fait remar-

quer que les tumeurs blanches suppurées sont souvent dues à des tubercules des os.

M. ROBERT réclame contre l'extension donnée aux idées de M. Bonnet. Suivant lui, la période d'arthrite aiguë est indéterminée; entre elle et la tumeur blanche confirmée, il y a une période intermédiaire; c'est dans cette période qu'il a redressé les membres, parce qu'alors il regarde la douleur vive, qui ne peut plus être due à l'inflammation, comme un signe d'attitude vicieuse. Dans les trois cas où il a employé ce moyen, il a réussi. Ainsi c'est dans cette période que le redressement est favorable, et non dans les ostéo-synovites ni dans les tumeurs blanches confirmées, dont il a vu le redressement, pratiqué par des rebouteurs, causer des accidents graves.

M. BOUVIER, pour répondre à ce que MM. Forget et Robert ont dit de M. Bonnet, montre l'exactitude de ses citations en lisant quelques passages de son rapport.

M. VERNEUIL regarde comme évident qu'il y a au redressement des articulations malades des indications et des contre-indications; MM. Crocq et Bonnet, ce dernier surtout, en admettent, mais ils ne sont pas assez explicites à ce sujet.

M. Verneuil a fait avec M. Bouvier, en vue de cette question, la revue d'un certain nombre de scrofuleux. Ils ont trouvé sept tumeurs blanches avec flexion du genou; dans ce nombre, cinq se refusaient à toute tentative à cause de l'altération des surfaces osseuses; un se prêtait au redressement qui a été fait, un dernier était douteux. Quant à l'extension graduée qui a été proposée lorsque l'extension brusque n'est pas applicable, M. Verneuil ne la croit pas possible, parce que les articulations ne céderaient pas.

M. Richet repousse le redressement lorsqu'il n'y a pas de douleurs. A cela M. Verneuil répond par l'exemple suivant :

Dans un cas de synovite avec fongosités, datant de deux ou trois mois, accompagnée de flexion du genou sans douleurs, si on abandonne la maladie à elle-même, le membre s'ankylosera à angle droit. Peut-on, bien qu'il n'y ait pas de douleurs vives, exécuter le redressement du membre pour lui donner une meilleure attitude? M. Verneuil n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Il adopte la pratique de M. Bonnet, et pense qu'on doit redresser les membres non-seulement dans les cas de douleurs vives, mais lorsque l'attitude est assez vicieuse pour faire regretter plus tard de n'y avoir pas remédié.

M. HUGUIER, à l'occasion des fongosités articulaires dont M. Ver-

neuil vient de parler, lui demande s'il croit que les tumeurs blanches avec fongosités puissent guérir; pour lui, il ne l'a jamais vu.

M. LARREY, en demandaut si personne ne réclame plus la parole dans cette discussion, croit devoir faire observer qu'elle s'est parfois écartée de son point de départ, et qu'elle se réduit à une question de thérapeutique usuelle pour la plupart des chirurgiens.

Presque tous, en effet, ont pour principe et pour habitude de placer dans les positions les plus convenables, sinon par un redressement brusque, du moins par un redressement graduel, les membres affectés d'arthrite et d'arthropathie aiguës ou chroniques.

On doit sans doute accorder à M. Bonnet le mérite d'avoir établi certaines règles précises à l'égard surtout du redressement brusque, et d'en avoir formé une méthode dans un ouvrage dogmatique ; on doit de même savoir gré à M. Crocq d'avoir cherché à généraliser ces préceptes en Belgique ; mais il faut reconnaître ici, comme dans beaucoup de questions d'art et de science, que la pratique générale du redressement des articulations malades avait depuis longtemps devancé la théorie spéciale fondée d'ailleurs sur sa part d'expérience.

La discussion est close.

Sur les conclusions de M. le rapporteur , la Société adresse des remercîments à M. Crocq.

Le vote sur la nomination de M. Crocq est renvoyé à une prochaine séance.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

Szumowski. *De ligatura œsophagi.* — M. Follin est chargé de rendre compte de ce travail.

Bouvier. *De la méthode opératoire sous-cutanée.*

Legendre. *De la valeur comparée des différentes méthodes de traitement des fractures.*

Blot. *De l'anesthésie appliquée à l'art des accouchements.*

Bauchet. *De la thyroïdite (goître aigu) et du goître enflammé (goître chronique enflammé).*

Bauchet. *Des tubercules au point de vue chirurgical.*

Ollier. *Des plaies des veines.*

Béraud. *Maladies de la prostate.*

Larrey. *Rapport sur une observation d'amputation scapulo-humérale faite par le docteur Michalski.*

Bouisson. *Considérations sur quelques tumeurs pulsatiles des os improprement appelées anévrysmes, au point de vue du diagnostic et du traitement.* (Thèse inaugurale envoyée pour le prix Duval.)

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur pédiculée de la grande lèvre. — M. HUGUIER présente une tumeur de la grosseur d'une orange qu'il a enlevée sur la grande lèvre droite d'une blanchisseuse. Cette tumeur était pédiculée, et présentait à sa surface une légère ulcération ; sa coupe offre un aspect blanchâtre, le derme est très-épaissi et paraît infiltré ; en un mot, cette tumeur paraît de nature éléphantiasique.

M. Huguier rappelle qu'il y a quelques mois il a présenté une semblable tumeur, également de la grosseur d'une orange, et qui était de même pédiculée, offrait la même structure, et venait de même de la grande lèvre droite d'une blanchisseuse.

M. LARREY, d'après les recherches nombreuses qu'il a faites sur l'éléphantiasis des parties génitales, serait disposé à considérer la pièce anatomique présentée par M. Huguier comme une tumeur hypertrophique pédiculée, plutôt que comme un cas d'éléphantiasis proprement dit, en raison même de son minime développement.

M. CHASSAIGNAC trouve ce fait très-curieux ; pour lui, c'est une tumeur éléphantiasique, et il n'a jamais trouvé le caractère de ce tissu aussi prononcé dans des tumeurs pédiculées.

M. FORGET a enlevé sur la grande lèvre d'une jeune femme une tumeur de même nature, mais moins grosse.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 27 mai 1857.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Anévrysme artérioso-veineux de la cuisse.

M. LARREY présente un malade auquel il a fait allusion dans une précédente séance, comme atteint d'un anévrysme considérable de l'artère fémorale, et il en relate l'observation, avec les détails nécessaires,

d'après les renseignements que lui a adressés d'abord M. le docteur Picard (de Joigny), et d'après les notes recueillies ensuite par M. Lhonneur, aide de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce.

N...., âgé de vingt-trois ans, maréchal des logis au 12e régiment de chasseurs à cheval, en garnison à Joigny, est blessé à la cuisse droite, le 29 juin 1856, dans un duel au sabre. Le coup, porté de bas en haut, fait pénétrer la lame un peu au-dessus du tiers moyen de la cuisse, de dehors en dedans, à une assez grande profondeur, mais sans traverser le membre de part en part. Le blessé, sans tomber, découvre sa blessure, et voit sortir par la plaie un jet de sang non saccadé, continu, en arcade, qu'il compare, avec intelligence, au jet de sang d'une forte saignée. Cette hémorrhagie s'arrête facilement par une simple compression à l'aide d'un mouchoir, et lorsque, dix minutes après, le médecin du régiment visite la blessure, le sang ne reparaît pas. Des compresses mouillées dans l'eau blanche, et maintenues par une bande roulée, forment le seul pansement immédiat.

Mais le jour même ce simple bandage doit être enlevé, à cause d'un gonflement survenu très-vite dans l'étendue de la cuisse, avec engourdissement douloureux du membre, et autant d'impossibilité à le remuer que si le fémur avait été fracturé.

Placé à l'infirmerie, le blessé reste au lit quinze jours, pendant lesquels des pansements simples, une position convenable et le repos absolu favorisent à la fois la cicatrisation de la plaie et la disparition presque complète du gonflement. Il ne reste, au dire de N...., qu'une petite grosseur du volume d'un œuf sur la partie interne du tiers supérieur de la cuisse. La pression exercée sur cette tumeur n'y fait observer d'abord aucun phénomène spécial. Sa consistance est plutôt un peu dure que molle ; elle n'est ni dépressible ni pulsatile, et ne détermine aucune douleur au toucher, aucune gêne dans les mouvements, à tel point qu'elle permet la marche, même assez prolongée, sans amener de fatigue, mais en provoquant toutefois un peu d'engourdissement dans le membre. La nature de la tumeur reste ainsi méconnue jusqu'à la fin de juillet.

Le 4 août néanmoins, le docteur Roustans, aide-major du régiment, reconnaît, par une nouvelle exploration, les signes d'un anévrysme et fait entrer le malade à l'hôpital de Joigny, dont le service médical est dirigé par M. Picard, l'un des praticiens les plus distingués de la province. Notre honorable confrère, en examinant la tumeur, y constate à peu près tous les caractères qu'elle présente encore aujourd'hui; siégeant au tiers supérieur de la cuisse, qu'elle circonscrit assez nette-

ment en dehors, en avant et en dedans, cette tumeur semble bilobée ou divisée en deux parties par un sillon vertical. Elle révèle au toucher des battements artériels imperceptibles à la vue, et à l'auscultation un bruit de souffle très-intense, ainsi qu'un susurrus très-prononcé, à deux pouces et demi environ au-dessous du ligament de Fallope. Nul doute, par conséquent, sur la nature anévrysmatique de la tumeur.

Mais avant de prendre un parti décisif ou de tenter une opération chirurgicale, notre confrère se contente d'abord de moyens simples, tels que l'application de compresses imbibées d'une solution de perchlorure de fer. Ce topique est continué pendant vingt-huit jours sans succès.

M. Picard, ayant été interne de notre excellent et regrettable maître M. Roux, lui avait entendu préconiser si souvent la méthode de Hunter ou plutôt d'Anel, que, malgré la position élevée de la blessure de l'artère, il se décide pour cette méthode, avec d'autant plus de préférence à une autre, que, sentant un caillot assez volumineux et dur dans la partie antérieure de la tumeur, il espère que ce caillot pourra servir de noyau à la coagulation du sang dans le reste de l'anévrysme.

L'opération pratiquée le 2 septembre n'offre point, selon notre confrère, de particularité notable. L'artère fémorale, mise à découvert à un pouce et demi au-dessous du ligament de Fallope, présente cependant ceci de singulier, c'est que son calibre n'est pas sensiblement plus fort que celui de l'artère brachiale. La ligature est faite avec un fil ciré en quatre. Un pansement simple et les soins secondaires usités en pareil cas sont appliqués méthodiquement. Mais dans l'après-midi une légère hémorrhagie nécessite la levée de l'appareil; le sang semble sortir d'une artériole qui ne peut être saisie. Un faible tamponnement avec des bourdonnets de charpie suffit toutefois pour arrêter cette hémorrhagie. Le soir, peu ou point de douleur; le membre conserve sa chaleur. Prescription d'une potion avec le sirop de digitale. Un peu d'oppression survient.

Le lendemain de l'opération, point d'hémorrhagie, point de douleur; 100 pulsations; on entend le bruit de souffle dans les deux lobes de la tumeur, presque aussi fortement qu'avant la ligature; mais on ne sent plus le pouls de la pédieuse, lequel pourtant était très-distinct avant la ligature.

Le surlendemain, M. Picard cherche en vain le bruit de piaulement qui était très-perceptible avant l'opération; le pouls est à 76; le membre reste chaud; mais il y a un peu de douleur dans la jambe; les battements artériels ont augmenté de force au-dessus de la ligature.

Le 6, bon aspect de la plaie; affaissement de la partie interne de la tumeur ; bruit de souffle à peine sensible. Du 7 au 15, rien de notable ; état satisfaisant de la plaie ; battements au-dessus, mais non au-dessous de la ligature ; la circonférence de la cuisse au niveau de la tumeur, mesurant 55 centimètres avant l'opération, n'a diminué que de 1 centimètre.

Du 16 au 28, application de la glace presque en permanence à l'aide de sachets en caoutchouc; saignée du bras le 18; chute de la ligature le 22, avec élimination d'un détritus des tuniques artérielles, prouvant que la constriction a été suffisante.

Au commencement d'octobre, la cicatrice est parfaite. La compression est alors essayée, sur la tumeur d'abord, au moyen de cônes d'agaric et de tours de bande, puis au-dessus à l'aide du tourniquet appliqué sur l'artère dans le pli de l'aine. Le malade supporte difficilement cette compression, qui suffit toutefois déjà pour diminuer de 4 centimètres la circonférence de la cuisse au niveau de la tumeur ; mais le bruit de souffle persiste encore en novembre, et ne cesse plus.

M. Picard se propose de faire une nouvelle opération en décembre ; mais le malade, inquiet et indocile, s'y refuse, et est évacué de l'hôpital de Joigny sur le Val-de-Grâce, où il entre le 24 janvier 1857.

Nous constatons attentivement, dès son arrivée, tous les signes déjà exposés d'un anévrysme de la cuisse, tels qu'ils peuvent être reconnus encore aujourd'hui.

La tuméfaction du membre à son tiers supérieur est considérable ; sa circonférence, à 7 ou 8 centimètres au-dessous du ligament de Fallope, est de 53 centimètres, tandis qu'elle n'en mesure que 44 sur le membre sain. La tumeur, occupant les régions antérieure et interne de la cuisse, se trouve plus limitée en avant qu'en dedans. La peau qui la recouvre est saine, mais elle présente une grande dilatation des veines superficielles. La palpation fait reconnaître à la partie antérieure une induration très-prononcée, probablement due à un caillot sanguin concrété, sorte de cloison divisant la tumeur en deux portions : l'une externe, plus volumineuse que le poing, assez saillante et bien fluctuante ; l'autre interne, profonde, mal circonscrite ou presque diffuse. Les deux portions de la tumeur communiquent entre elles, et semblent constituées par un sac unique rétréci dans son milieu par des caillots concrets.

Cette tumeur est le siége de battements artériels isochrones au pouls, et de mouvements d'expansion très-appréciables à la vue et au toucher. La main perçoit vers le côté interne un frémissement cataire

très-manifeste, devenant plus fort après la marche. L'oreille entend un bruit de souffle très-intense et continu, avec redoublements isochrones aux pulsations artérielles. Ces phénomènes disparaissent par la compression de l'iliaque externe, en même temps que la tumeur subit un affaissement notable. Le souffle perçu à quelque distance au-dessus et au-dessous de la tumeur s'affaiblit ensuite plus loin et finit par disparaître. Le pouls de la pédieuse est nul de ce côté, mais très-fort du côté gauche. Le membre n'est d'ailleurs point engorgé; il conserve sa forme et presque sa force, avec l'agilité de ses mouvements; mais la marche prolongée fatigue le malade, qui, sans éprouver de douleur, ni pesanteur, ni sensation de froid, ressent néanmoins de l'engourdissement dans le membre.

En définitive, le volume de la tumeur, loin de diminuer, depuis l'opération s'est accru assez sensiblement; ses symptômes sont manifestement ceux d'un anévrysme artérioso-veineux, et déjà les vaisseaux du bassin, tels que l'artère ischiatique, paraissent avoir acquis un développement prononcé.

M. Picard s'est demandé quelle pouvait être la cause de l'insuccès de la ligature. Il croit à une anomalie assez fréquente de l'artère, et pense que la ligature a été portée au-dessous de l'origine de la fémorale profonde. C'est, selon lui, cette branche plus volumineuse que de coutume qui s'est ouverte et a donné naissance à l'anévrysme faux consécutif. Il se proposait de recourir à la méthode ancienne par l'ouverture du sac, lorsqu'il a fait évacuer le malade sur le Val-de-Grâce.

En présence d'un cas aussi compliqué, ajoute M. Larrey, et eu égard aux incertitudes ainsi qu'aux dangers d'une autre opération, je crois devoir essayer, avant tout, des méthodes plus simples de traitement. L'application de la glace sur la tumeur est d'abord faite pendant quelque temps avec assez de suite, et elle semble manifestement augmenter le volume et la densité du caillot, ainsi que diminuer la saillie de la tumeur; mais le malade, impatient d'obtenir un résultat plus prompt, nous prie avec instance de renoncer à ce moyen.

La compression immédiatement au-dessus de la tumeur est alors appliquée à l'aide du compresseur modifié par M. Broca et approprié à l'état du membre. Mais cet appareil, mal supporté d'abord, n'exerçant qu'une compression intermittente ou interrompue, ne produit aucun avantage marqué. Il en est de même de la compression combinée, ou alternée avec les applications de glace; et d'ailleurs, tout le bénéfice que l'on pouvait en attendre est sans cesse compromis, annihilé par

l'indocilité du malade, qui enlève l'appareil, fait des mouvements et ne peut même pas garder le lit. Il éprouve de plus, par ses imprudences, une augmentation dans le poids du membre et un engourdissement plus prononcé. Sa santé générale cependant s'améliore; il prend un peu d'embonpoint et plus de forces qu'il n'en avait.

Notons, en passant, un certain degré de claudication indépendante de la maladie essentielle, et résultant d'une arthrite ancienne du genou droit. N... n'avait alors que douze ans, et le membre subit par cette cause un arrêt de développement qui l'a maintenu plus court que l'autre de 2 centimètres à peu près.

Reste à savoir ce qu'il convient de faire, dit M. Larrey en terminant, et après avoir fait retirer le malade.

Il se trouve dans de si bonnes conditions de santé et d'agilité, l'opération déjà faite a été tellement insuffisante, celle que l'on pourrait tenter encore serait si incertaine par la méthode d'Anel, si difficile ou si dangereuse par la méthode ancienne, si illusoire par la méthode de Brasdor; l'acupuncture et les injections de perchlorure de fer offriraient si peu de chances de succès, que l'expectation prolongée semblerait préférable, si on n'avait à craindre l'augmentation progressive de la tumeur et toutes les conséquences d'un cas aussi grave.

C'est pourquoi je viens réclamer les conseils de mes honorables collègues de la Société de chirurgie, en disant par avance quel serait mon avis. Je voudrais essayer la compression uniforme et inamovible de tout le membre, et surtout de la tumeur entière, avant d'en venir soit à la ligature de la fémorale au-dessus du point déjà lié, ou à la ligature de l'iliaque externe, soit à la ligature des deux bouts de l'artère blessée, avec ou sans ouverture du sac anévrysmal.

M. MOREL-LAVALLÉE serait d'avis de commencer par appliquer la compression, et si ce moyen était inefficace, il ne conseillerait pas la ligature de l'artère au-dessus de l'anévrysme, dont il connaît quelques succès au membre supérieur, mais aucun au membre inférieur. Il ne resterait, suivant lui, que deux moyens à employer: l'injection de perchlorure de fer, dans laquelle il aurait peu de confiance; et ensuite la ligature par la méthode ancienne, qui serait très-difficile dans ce cas, mais qui seule donnerait des chances de succès désirables.

M. HUGUIER a cru remarquer, à la partie postérieure de la cuisse, que l'artère ischiatique était dilatée; il est probable, d'après cela, que, depuis la ligature, le sang revient par les anastomoses, et qu'en opérant par la méthode ancienne on serait exposé à des hémorrhagies

venant de diverses sources, et qui rendraient l'opération extrêmement laborieuse.

M. ROBERT regarde ce cas comme très-grave, il pense que la veine a été ouverte ; il insiste sur ce que la poche anévrysmale n'offre pas de battements, bien que ses parois offrent peu de densité.

Il fait observer que la ligature a échoué, et devait échouer ici, comme cela arrive toujours dans les anévrysmes artérioso-veineux. Il ne voit que la méthode ancienne qui offre des chances de succès, si la maladie fait des progrès ; en attendant, il conseillerait la compression et les applications de glace sur la tumeur.

M. A. RICHARD. M. Nélaton a employé avec succès la compression générale sur tout le membre dans deux cas d'anévrysme artérioso-veineux du pli du coude.

M. CHASSAIGNAC, malgré le peu de succès de la méthode d'Anel, croit qu'on ne devrait y renoncer qu'après avoir acquis la certitude que l'artère crurale a été liée avant sa bifurcation, car on peut attribuer l'insuccès à ce que la fémorale antérieure aurait seule été liée. L'erreur est en effet facile, l'origine de la fémorale profonde étant très-variable ; sur un même sujet, M. Chassaignac l'a vue naître d'un côté à deux pouces, et de l'autre à dix lignes du ligament de Fallope. Si l'artère fémorale profonde reste perméable, l'opération doit évidemment être inutile ; il propose donc de faire la ligature de la crurale immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, avant sa bifurcation.

M. MOREL-LAVALLÉE, considérant les insuccès presque constants de la méthode d'Anel, par suite des anastomoses de la fémorale profonde qui entretiennent les battements, insiste pour l'application de la méthode ancienne.

M. ADOLPHE RICHARD a interrogé le malade sur les suites sensibles de l'opération, et il ne lui semble pas qu'il en soit résulté de grands changements dans la tumeur. Cependant M. Roux a employé longtemps la méthode d'Anel contre les anévrysmes variqueux, et a obtenu quelques succès ; M. Richard a vu guérir un malade opéré par cette méthode ; il pense que dans le cas actuel l'artère qui entretient les battements n'a pas été liée.

M. GIRALDÈS rappelle les différences qui existent entre les résultats de la méthode d'Anel, appliquée aux anévrysmes artérioso-veineux du membre supérieur et du membre inférieur. Au membre supérieur, cette méthode a procuré de rares succès ; au membre inférieur, elle n'a donné que des revers. Lorsqu'on l'y a appliquée, il en est résulté des hémorrhagies au moment de la section de l'artère par la ligature

et des gangrènes du membre. En règle générale, l'anévrysme variqueux repousse l'emploi de la méthode d'Anel.

M. FOLLIN, dans un relevé qu'il a fait de toutes les opérations pratiquées pour l'anévrysme artérioso-veineux, n'a pas trouvé un seul succès par la méthode d'Anel, mais en a trouvé plusieurs par la méthode ancienne.

M. Follin cite un cas de succès, tiré de la clinique de M. Velpeau.

M. ADOLPHE RICHARD croit se rappeler que dans ce cas, pour les assistants comme pour M. Velpeau, il est resté du doute sur ce qui avait été fait, et qu'on ne savait pas si les bouts supérieur et inférieur de l'artère avaient été liés.

M. FOLLIN répond que le sac fut ouvert, et les deux bouts de l'artère isolés et liés.

M. GIRALDÈS indique à M. Larrey, dans le cas où il voudrait tenter la compression, l'appareil de Carte, qui s'applique très-bien à la partie supérieure de l'artère, avantage que l'on n'a pas avec les autres compresseurs.

M. FOLLIN se demande ce qu'on pourra espérer de la compression indirecte. On obtiendra sans doute la formation de caillots, mais de ceux que M. Broca nomme caillots passifs ; quant aux caillots actifs, les seuls qui produisent la guérison, ils ne se formeront pas, puisqu'il n'y aura plus de circulation dans la poche. M. Broca a démontré qu'en pareil cas la compression indirecte est inutile.

M. ADOLPHE RICHARD propose l'emploi de la galvano-puncture et du perchlorure de fer, quoique leur succès soit douteux. Mais la méthode ancienne est si terrible, qu'il redouterait de l'employer. Il cite encore, comme pouvant ouvrir une voie nouvelle, une observation de M. Bonnet (de Lyon), dans laquelle un anévrysme énorme fut attaqué par des applications successives de pâte de Canquoin; la poche fut ouverte et se réduisit à une simple plaie suppurante qui guérit en quelques semaines.

M. ROBERT, qui est, comme M. Morel, d'avis d'employer la méthode ancienne, d'après les échecs qu'il a vu éprouver en semblable cas par la méthode d'Anel, signale ici une circonstance favorable. C'est que l'artère passe sur la face superficielle de la poche anévrysmale, où il a constaté ses battements, de sorte qu'on pourrait, sans ouvrir le sac, la découvrir et la lier au-dessus et au-dessous, en faisant comprimer la tumeur par un aide.

M. HUGUIER fait observer que, si l'anévrysme a son siége sur la crurale profonde, la ligature de la fémorale n'aura aucun résultat.

M. DEGUISE croit avoir reconnu la cicatrice à la face antérieure de la cuisse.

M. LARREY répond que la cicatrice antérieure résulte de la ligature qui a été pratiquée.

Il rendra compte à la Société du résultat ultérieur de ce cas grave qu'il a d'ailleurs soumis à l'examen de quelques-uns de ses collègues du Val-de-Grâce.

Exostose du maxillaire supérieur droit. — M. CHASSAIGNAC présente une femme affectée d'une exostose du maxillaire supérieur du côté droit. La tumeur forme une pointe saillante sous les téguments de la joue, et s'étend à la tubérosité malaire ; du côté de la voûte du palais, elle déborde la ligne médiane, et commence à envahir l'autre côté ; mais le bord dentaire et la tubérosité maxillaire sont libres, et le plancher de l'orbite paraît sain. Cette exostose est parfaitement limitée, et fait des progrès lents. M. Chassaignac consulte la Société pour savoir : 1° s'il faut opérer ; 2° l'opération décidée, comment il vaut mieux la pratiquer ; l'extirpation totale du maxillaire malade et de la portion affectée du côté opposé, serait le parti le plus facile ; d'un autre côté, la tumeur paraît pouvoir être enlevée en conservant la portion saine de l'os, mais alors l'opération serait très-laborieuse. Quel parti doit-on prendre ?

M. HUGUIER fait remarquer l'intérêt qu'il y aurait à connaître le point de départ de cette tumeur. Si elle est développée dans la paroi antéro-externe du sinus, il se rangerait à l'avis de M. Chassaignac, et conseillerait de conserver l'arcade dentaire, qu'il faudrait sacrifier si la paroi inférieure du sinus était malade. Il pense que l'exostose ne gagne pas le maxillaire gauche, qu'elle aurait seulement refoulé. Il est d'avis de séparer la portion inférieure de l'os au moyen d'un trait de scie horizontal, puis, si l'exostose l'a respectée, de la renverser en dedans et d'enlever le reste du maxillaire. La portion orbitaire du maxillaire paraît saine, de sorte qu'on pourrait conserver le plancher de l'orbite. En tout cas, si on trouvait la voûte palatine malade, il serait possible de l'enlever en conservant la muqueuse pour combler la perte de substance.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. HUGUIER demande de nouveau si quelqu'un des membres de la Société a vu guérir des tumeurs blanches avec fongosités intra-articulaires.

M. GUERSANT répond qu'il a vu, chez les enfants, guérir des tu-

meurs blanches, du pied surtout, avec fongosités; il ne peut affirmer que ces fongosités fussent intra-articulaires, mais il fait observer que d'ordinaire elles se trouvent sur les deux faces de la synoviale. Cette guérison demande beaucoup de temps, et n'arrive le plus souvent qu'après plusieurs années.

CORRESPONDANCE.

M. MARJOLIN donne lecture de l'analyse d'une observation très-détaillée adressée par M. Parise, chirurgien de l'hôpital de Lille, membre correspondant de la Société, dans le but d'avoir un avis sur la marche à suivre.

Tumeur fongueuse de la dure-mère ayant perforé le crâne et couvrant toute la fosse temporale. Ablation incomplète.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, bien portant d'ailleurs, sur lequel une tumeur de la dure-mère a perforé les os du crâne, et que M. Parise a enlevée incomplétement. La tumeur est de mauvaise nature; elle conduira certainement le malade à une fin prochaine; mais la gravité de l'opération, qui seule pourrait amener une cure radicale, est telle qu'il est à craindre qu'au lieu de sauver le malade, elle n'abrége encore ses jours.

Cette tumeur, dont l'apparition remonte à quatre mois, offre ceci de remarquable, que l'examen le plus attentif n'a pu faire reconnaître de cause appréciable. Elle se serait montrée subitement dans une nuit, sans même avoir été précédée de céphalalgie, d'étourdissements, d'insomnies ou de douleurs névralgiques; aucun trouble du côté de la vue, de l'ouïe ou du goût ne s'est manifesté, pas plus que dans la sensibilité et la motilité de la face ou des membres. Dans les quinze derniers jours seulement, des douleurs lancinantes très-vives auraient commencé à se faire sentir le jour et la nuit, et un amaigrissement général se serait manifesté.

Lorsque, le 2 mai, Charles L. B..., qui était adressé à M. Parise par le docteur Henry, entra à l'hôpital, notre collègue observa ce qui suit :

Une tumeur du volume du poing occupe la fosse temporale gauche, qu'elle tend à dépasser en arrière et en bas, vers le conduit auditif. Le cuir chevelu qui la couvre est tendu, aminci, mais sain; il en est de même du tissu cellulo-graisseux sous-jacent. La surface est assez régulière; elle est rénitente et donne la sensation d'une fluctuation obscure, telle qu'on l'observe dans certains kystes très-tendus. Il n'y a aucune apparence d'expansion, de soulèvement ou de battements, sauf les

battements de l'artère temporale, dont les deux branches rampent à la surface de la tumeur. Comprimée en totalité avec la paume de la main, fortement et pendant un temps assez long, elle ne s'affaisse pas; aucune douleur, aucun accident du côté du cerveau n'en résultent. Elle est dépressible lorsque la compression n'est exercée que dans un point limité, ce qui lui donne une certaine apparence de mobilité. Bien qu'elle soit intimement fixée dans la loge du muscle temporal, les mouvements de la mâchoire inférieure ne sont pas gênés. Deux ponctions exploratrices furent faites à un mois de distance; la première fois, le trocart pénétra au milieu de la tumeur dans un tissu mou, et ne donna issue qu'à du sang rouge; la seconde fois, l'instrument, plongé plus en arrière, entra dans une cavité à compartiments multiples: il en sortit un liquide rouge-clair moins foncé que du sang.

La tumeur diminua de volume, mais le lendemain le kyste s'était de nouveau rempli. Il n'y avait pas de ganglions engorgés dans les régions voisines.

M. Parise pensa qu'il avait affaire à une tumeur probablement cancéreuse, ou tout au moins fibro-plastique ou myélo-kystique (H. Gray), ayant débuté par le périoste ou le diploé, mais ne pénétrant pas dans la cavité du crâne, et en conséquence il se décida à pratiquer une opération dont le but était d'enlever la tumeur et les portions d'os malades, en respectant la dure-mère. L'opération fut pratiquée le 4 mai 1857, et ce fut alors qu'il acquit la conviction que la tumeur ne provenait pas des os, mais bien de la dure-mère, et qu'elle n'avait fait saillie au dehors qu'après avoir perforé le crâne. Notre collègue termina cette opération, qui avait été longue et délicate, par une cautérisation avec le fer rouge sur toute la surface d'implantation, non pour détruire ce qui restait de la tumeur, mais pour arrêter l'écoulement de sang.

Je passe sous silence le journal de la maladie depuis l'opération pour arriver à quelques points indispensables à connaître pour répondre aux questions de notre collègue. L'ouverture du crâne qui a livré passage à la tumeur est ovalaire, offrant de 60 à 65 millimètres de diamètre, les bords irréguliers sont amincis au niveau de la table interne et semblent nécrosés. Le stylet pénètre de 12 à 20 millimètres entre les os et la dure-mère. Les limites de la dénudation du périoste n'ont pas moins de 8 à 10 centimètres.

Comme il importe de préciser les limites inférieures de la perforation, j'ajouterai que son axe vertical prolongé tomberait sur la racine transversale de l'apophyse zygomatique. Son bord inférieur est voisin

du bord supérieur de l'arcade zygomatique, dont il ne dépasse le niveau que de 4 à 5 millimètres. Il n'y a presque pas de dénudation dans ce point.

La base de la tumeur, adhérente à la dure-mère, présente des mouvements d'expansion et de retrait du cerveau isochrones aux pulsations artérielles. On remarque dans cet endroit quelques portions de kystes dont la plus grande partie a été enlevée; sur le bord antérieur de l'ouverture s'élève une petite tumeur dont l'accroissement est rapide.

La tumeur enlevée a promptement changé de forme et de volume, étant composée de kystes cloisonnés, dont quelques-uns communiquent ensemble. Quelques-uns sont assez volumineux pour loger une noix. Leurs parois sont lisses, assez épaisses, elles contiennent un liquide sanguinolent, plus une partie solide formant des noyaux mous, vasculaires, ayant l'aspect de certaines variétés d'encéphaloïdes. Le microscope a fait voir des globules analogues à ceux que l'on trouve dans le tissu fibro-plastique, et des grandes cellules renfermant plusieurs globules, ressemblant à ce qui a été dessiné par M. H. Gray. M. Broca, ayant du reste reçu la pièce pathologique, pourrait donner sur ce sujet quelques renseignements.

Notre collègue, en présence d'une affection aussi grave, qui ne peut manquer d'amener promptement la mort, se demande s'il faut agir ou s'il faut renoncer à toute tentative opératoire. Dans le cas où l'on se prononcerait pour une opération, M. Parise ne se dissimule pas les difficultés et les conséquences graves.

Ainsi, pour ce qui est de l'opération en elle-même, si on considère que la perforation du crâne touche presque à la racine de l'apophyse zygomatique et qu'elle n'est pas entièrement dénudée, il sera possible, une fois la perforation agrandie dans les autres sens, par le trépan, d'enlever toute la portion osseuse malade avec les pinces ostéotomes. Si cette ablation n'était pas suffisante, il y aurait lieu d'enlever l'apophyse zygomatique avec sa racine transverse et la cavité glénoïde. De la sorte on pourrait conserver une sorte d'articulation pour le condyle, en le laissant couvert de son ménisque.

Ce qui semble le plus grave à M. Parise, c'est l'ouverture de la cavité arachnoïdienne dans une large étendue; n'est-il pas à craindre que l'air et le pus ne s'insinuent peu à peu jusqu'à la base du cerveau, entraînés par le mouvement alternatif de soulèvement et de retrait de la masse encéphalique, et qu'il n'en résulte une inflammation générale?

C'est pour prévenir ce danger que notre collègue s'est demandé si on ne pourrait pas mettre l'opéré dans des chances beaucoup plus fa-

vorables en cherchant à produire préalablement des adhérences. Il ne se dissimule pas qu'il y a peut-être plus de difficultés à obtenir des adhérences préalables dans l'arachnoïde que dans les autres séreuses. Quelques faits qu'il a observés lui ont semblé prouver que la formation plastique se limite souvent à la surface de la dure-mère, s'y accole et laisse libre la cavité de l'arachnoïde ; mais ces faits ne peuvent être considérés comme l'expression d'une loi générale, puisque d'autres observations montrent des adhérences réelles entre les deux surfaces. Maintenant, si on objecte que l'inflammation provoquée pourra se généraliser, et que dans le cas même où elle resterait partielle, elle ne serait pas exempte de dangers, on peut répondre que l'inflammation partielle est inévitable dans le procédé ancien, et que la généralisation est presque forcée.

Voici le procédé que M. Parise propose, et sur lequel il demande l'avis de la Société :

1° Enlever tout autour de la perforation une zone osseuse de 1 à 2 centimètres, afin d'avoir à découvert une zone correspondante de la dure-mère saine;

2° Appliquer sur la dure-mère, autour de la base de la tumeur, une pâte caustique coagulante (la pâte de chlorure de zinc) et l'y laisser assez de temps pour que la membrane fibreuse soit en partie seulement attaquée, revenir à une nouvelle application du caustique les jours suivants, si la première application n'a pas été suffisante;

3° Lorsque l'on supposera que les adhérences sont établies, détacher la tumeur avec précaution.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Lipome. — M. HUGUIER présente une tumeur lipomatique qu'il a extirpée il y a quelques jours, et fait remarquer que de semblables tumeurs ont déjà souvent été présentées à la Société, et qu'en les réunissant on aurait les matériaux d'un travail assez complet sur les lipomes. La tumeur que M. Huguier met sous les yeux de la Société est de la grosseur d'une tête d'adulte, et pendait de la région sacro-lombaire sur un vieillard de 73 ans. Il y a trente-cinq ans qu'elle a été reconnue pour la première fois; elle avait alors le volume d'une noisette. Au sommet de cette tumeur, on voit une ulcération superficielle de la largeur d'une pièce de deux francs ; la peau qui la recouvrait était sillonnée de veines dilatées, et l'on sentait dans son intérieur des noyaux résistants, qui pouvaient être ou des tumeurs kystiques ou un commencement de dégénérescence. Ces différentes circonstances in-

spiraient quelque inquiétude par le doute où l'on était sur leur nature.

L'ablation de ce lipome fut assez facile; M. Huguier, craignant une hémorrhagie par suite de la dilatation des vaisseaux, avait eu l'idée d'employer l'écrasement linéaire; mais la chaîne de l'écraseur étant trop courte, il lui fallut recourir au bistouri. Il tailla un premier lambeau triangulaire, et voyant que le sang ne coulait pas abondamment, il en tailla deux autres, également triangulaires et arrondis à leur sommet, afin de laisser une ouverture en se rapprochant. Les lambeaux taillés, la dissection de la tumeur se fit rapidement.

La dissection de cette tumeur fit voir, au sein du tissu graisseux qui la composait, des noyaux de tissus fibreux, dont la nature fut démontrée par le scalpel et par le microscope. Vers le centre, on trouvait une portion dure, d'aspect encéphaloïde, formée de petits kystes de tissu adipeux altéré.

M. HOUEL présente quelques observations sur la présence des veines dilatées à la surface des tumeurs, qu'on considère comme un signe de cancer. Il a vu que dans toute tumeur, quelle que soit sa nature, lorsqu'elle acquiert un certain volume les veines superficielles se dilatent. Mais on ne trouve pas de vaisseaux considérables à l'intérieur de la masse morbide, et, lorsque ces veines sont divisées, elles ne donnent que peu de sang. Elles pourraient plutôt faire craindre l'introduction de l'air dans les veines.

M. Houel pense que le lipome enlevé par M. Huguier se serait transformé en abcès; il trouve dans les altérations qui occupent son centre les caractères de l'inflammation des lipomes, dans lesquels, en effet, l'inflammation commence toujours au centre.

M. LARREY se rappelle que l'inflammation des lipomes a été l'objet d'une thèse (1) soutenue, il y a quelques années, à la Faculté de Paris, offrant même pour principale observation un fait communiqué par M. Michon à la Société de chirurgie. Il s'agissait d'un phlegmon de la cuisse, dont le diagnostic avait été difficile à cause d'une inflammation développée au centre de la tumeur.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

(1) Plébert. *De l'inflammation du lipome*, 1849.

Séance du 3 juin 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Pseudarthrose des deux os de l'avant-bras. — M. Richet met sous les yeux de la Société un homme qui a eu, il y a deux ans, une fracture de l'avant-bras. Il entra dans le service de M. Boyer à l'Hôtel-Dieu ; ce chirurgien était alors en congé, et celui qui le remplaçait appliqua sur le membre fracturé un appareil dextriné ; ce traitement fut continué pendant près d'un an. Au bout de ce temps, M. Verneuil, chargé du service, y trouva ce malade avec une fausse articulation des deux os. Il fit la résection des extrémités des deux os, et obtint la consolidation. Le malade sortit de l'hôpital se servant de son bras ; mais il y a un mois environ, l'avant-bras subit une torsion, d'où résulta la déformation du membre ; puis quelque temps après, le malade ayant fait un violent effort, la mobilité des fragments se reproduisit, ainsi que leur chevauchement.

M. Verneuil rappelle à la Société qu'il y a deux mois environ, il lui a déjà soumis ce malade comme entièrement guéri. Ce cas présentait cela de particulier que les deux fragments inférieurs rapprochés étaient logés dans l'intervalle des fragments supérieurs, auxquels ils étaient unis par du tissu fibreux. M. Verneuil dut retrancher près de 2 centimètres de chaque fragment, de sorte que le raccourcissement était de 3 centimètres environ. Après l'opération, le membre fut maintenu dans l'immobilité. Lorsque ce malade fut présenté à la Société, la réunion était solide, les mouvements complétement libres ; il restait seulement un petit pertuis fistuleux, mais le stylet ne pouvait arriver jusqu'à l'os ; aussi M. Verneuil pensa-t-il qu'il pouvait y avoir un séquestre trop petit pour être senti. Le malade ne fut présenté que deux mois après la guérison, qui par conséquent dut passer et fut en effet regardée comme solide. Il est probable que le cal s'est ramolli par suite des violences auxquelles le membre fut soumis.

M. Richet, considérant que la consolidation a certainement été obtenue et que plus tard le cal s'est détruit, ce qu'on voit bien rarement, en conclut qu'il existe dans la constitution du malade quelque

cause qui d'abord avait empêché la formation du cal, et plus tard a amené sa dissolution.

M. VERNEUIL ne croit pas qu'il existe chez cet homme une cause générale qui s'oppose à la consolidation, parce que, en même temps qu'il s'était fracturé l'avant-bras, il s'était fait aussi une fracture de cuisse qui s'est parfaitement consolidée; il voit dans ce fait un exemple de non-consolidation par suite du défaut de rapports convenables entre les fragments.

M. GUERSANT demande si le malade, avant son accident, avait eu la syphilis.

M. VERNEUIL répond qu'il avait eu plusieurs fois des accidents vénériens.

M. GUERSANT rapporte ensuite le fait d'un enfant qu'il a eu à traiter d'une fracture de jambe non consolidée depuis 18 mois. M. Thierry l'avait déjà soigné, et avait employé, entre autres moyens, le séton. M. Guersant a percé le cal avec le trocart de M. Brainard, puis avec des aiguilles rougies, sans rien obtenir; il n'eut pas plus de résultat en ruginant les bouts des fragments; enfin, il fallut se contenter de faire porter à ce malade un appareil qui lui permettait de marcher.

M. LARREY demande si à l'origine les appareils ont été bien appliqués.

M. VERNEUIL répond qu'on appliqua, le lendemain de l'entrée du malade, un appareil inamovible, qui ne fut pas surveillé et resta trop longtemps en place.

M. LARREY, considérant l'insuffisance de la résection déjà faite et la persistance de la mobilité des fragments, pense que le moyen le plus probable d'en obtenir la consolidation serait la méthode de M. le professeur Brainard (de l'Illinois) (1), à savoir : la perforation sous-cutanée des os pour en déterminer l'inflammation adhésive.

M. RICHET avait l'intention de passer un séton à travers les fausses articulations ou de les traverser avec le séton de M. Brainard.

Amputation de jambe à la partie inférieure au moyen des caustiques. — M. CHASSAIGNAC présente la malade qui fait le sujet de l'observation suivante :

Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. — Opération par les caustiques; guérison. — Chéot (Angélique), âgée de vingt-cinq

(1) *Mémoire sur le traitement des fractures non réunies et des difformités des os.* Paris, 1854.

ans, couturière, née et demeurant à Bion, près Mortagne (Manche), entre à l'hôpital Lariboisière (salle Sainte-Marthe, nº 9) le 20 décembre 1855.

Après trois mois de tentatives infructueuses faites pour arriver à la guérison de la tumeur blanche dont elle était atteinte à l'articulation tibio-tarsienne, la malade fut opérée le 29 mars 1856 par des applications successives d'une pâte faite avec l'acide sulfurique et la poudre de garance. Ces applications, faites au nombre de quatre dans le tiers inférieur de la jambe, n'opérèrent la séparation du membre malade qu'au bout de 48 heures. Les os, mis à nu par le caustique, furent divisés avec la scie à chaîne. Le moignon, d'abord conique, se régularisa lentement, surtout après la chute des nécroses des extrémités tibiale et péronière.

Vers la fin d'août 1856, la cicatrisation était achevée; mais la minceur des téguments cicatriciels était si grande, que la malade ayant été dans le courant de septembre suivant prise d'accidents adynamiques, la plaie nouvellement fermée se rouvrit dans une certaine étendue. Ce ne fut donc qu'à l'entrée de l'hiver de 1857 que la guérison fut définitivement obtenue.

La malade fut montrée le 3 juin 1857 à la Société de chirurgie, et le lendemain elle quitta l'hôpital. A son départ, on remarquait une cicatrice solide, sous laquelle on sentait, mais recouvertes d'une suffisante quantité de parties molles, les extrémités tibiale et péronière. Immédiatement au-dessus de ces extrémités, les muscles, par une courbure assez brusque et très-régulière, constituaient un moignon solide et peu conique.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

— La Société procède au scrutin sur la candidature de M. CROC.

M. Croc ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

RAPPORT.

M. LARREY lit un rapport sur un ouvrage de M. Costantini, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Rome, doyen des chirurgiens de l'hôpital du Saint-Esprit, etc., sollicitant le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Cet ouvrage est intitulé (1) *Essai sur les résultats obtenus à la clini-*

(1) *Saggio dei reisultamenti averti nella clinica chirurgica della Romana universita.* Roma, 1853-1855.

que chirurgicale de l'Université romaine pendant les années 1851, 52, 53, 54 et 55.

Le vote sur les conclusions de M. le rapporteur est renvoyé à une prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Luxation consécutive du tibia en dehors. — M. HUGUIER présente une luxation du tibia en dehors avec ankylose survenue à la suite d'une tumeur blanche du genou. Le tibia se dirige en dedans, formant avec le fémur un angle presque droit ; le rebord de son condyle interne repose dans la gouttière inter-condylienne, où il est soudé ; sa facette articulaire est dirigée en dehors ; la rotule est soudée sur la face externe du condyle interne du tibia.

M. HOUEL ne voit dans ce cas qu'un degré un peu plus marqué de la disposition que l'on trouve dans les tumeurs blanches du genou, terminées par luxations en dehors. Cette lésion a été décrite par M. Malgaigne.

M. CHASSAIGNAC présente une préparation anatomique relative à un cancer du testicule droit, amputé par la méthode de l'écrasement linéaire.

L'application de deux chaînes distinctes a été faite, l'une pour diviser le cordon, ce qui a été fait sans la moindre effusion de sang ; l'autre, pour séparer la tumeur des enveloppes testiculaires.

Le malade, arrivé au dixième jour de l'opération, est parfaitement bien.

La pièce anatomique présente à son centre un noyau blanc semblable à une sorte de mastic blanchâtre, et qualifié par M. Adolphe Richard de dépôt phymatoïde.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 10 juin 1857.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Larrey reproduit les conclusions de son rapport sur les travaux de M. Costantini.

La Société adresse des remerciments à M. Costantini, et décide que son ouvrage sera déposé honorablement aux archives.

M. le rapporteur, après ce vote, exprime le vœu que, conformément aux usages de la Société, M. Costantini veuille bien adresser un travail spécial à l'appui de sa candidature.

CORRESPONDANCE.

Ouvrages offerts à la Société :

E. Foucher. *De l'anus contre nature, thèse pour le concours de l'agrégation* ;

Philipeaux. *Etudes sur l'électricité appliquée au diagnostic et au traitement des paralysies ;*

Bouchacourt. *Du galactocèle et de son traitement par l'incision suivie de la cautérisation.*

Des remerciments sont adressés aux auteurs de ces envois.

— M. le docteur Beaupoil, d'Ingrandes (Indre-et-Loire), adresse, pour être correspondant, plusieurs observations sur divers faits de chirurgie. (Commissaires : MM. Monod, Laborie, Morel-Lavallée.)

— M. VALLET, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, et professeur suppléant de l'Ecole de médecine de Lyon, lit un mémoire intitulé : *De la taille hypogastrique pratiquée au moyen de la cautérisation.* (Commissaires : MM. Follin, Deguise, Michon.)

M. HUGUIER demande à M. Vallet si les calculs qu'il a extraits sur deux enfants étaient volumineux.

M. VALLET présente les calculs, qui sont de grosseur moyenne.

M. VOILLEMIER demande si, après la guérison, les malades urinaient complétement. Dans des cas d'adhérence de la vessie à la paroi antérieure de l'abdomen, il a vu la vessie se vider incomplétement, de sorte qu'il y restait toujours de l'urine.

M. VALLET répond qu'il s'est assuré que la vessie se vidait complétement, en introduisant une sonde au moment où les enfants venaient d'uriner.

RAPPORTS.

M. VERNEUIL présente le rapport suivant sur les travaux adressés à la Société de chirurgie, par M. le docteur Arlaud, chirurgien en chef de la marine à Rochefort.

Messieurs,

Un chirurgien distingué de province, M. Arlaud, de Rochefort, sollicite depuis longtemps l'honneur de prendre part à nos travaux et de

nous être associé ; des circonstances fâcheuses auxquelles l'auteur est étranger se sont opposées à ce qu'un rapport ait été fait jusqu'à ce jour. L'honorable candidat ne s'est point découragé, et il nous a tout récemment adressé deux mémoires, dont nous allons examiner la valeur.

Le premier est intitulé : *Examen de quelques particularités anatomiques qui peuvent compliquer l'opération du débridement dans les hernies inguinale et crurale* ; il renferme une observation de *hernie inguinale sus-pubienne*, variété rare, comme chacun le sait ; enfin, l'auteur discute un point de pratique assez controversé. Je fais allusion à la *conduite à tenir dans les cas d'épiplocèle irréductible* après la kélotomie.

Ce travail roule sur trois observations de hernie étranglée, dans lesquelles l'opération a été faite avec succès. Chacune d'elles offre des particularités intéressantes, mais il n'y a guère lieu de les rapprocher, si ce n'est que, dans les deux dernières, l'épiploon formant une masse volumineuse et irréductible après l'ouverture du sac, fut abandonné dans la plaie.

Je n'analyserai pas ces trois observations d'une manière complète ; mais j'en ferai ressortir les points principaux. Je trouve d'abord un cas rare, c'est-à-dire une hernie inguinale sus-pubienne. Les détails de l'opération paraissent assez concluants. Le trajet de la hernie était oblique de dedans en dehors, d'arrière en avant ; l'orifice était situé, je le suppose, au milieu des fibres du pilier interne ; le débridement fut pratiqué en dedans. La guérison était complète au bout de vingt jours.

En présence d'un fait aussi rare et aussi intéressant, votre rapporteur ne peut que regretter l'extrême concision de l'auteur et l'absence d'une foule de détails importants. La hernie était elle ancienne ou récente, contenue ou non par un bandage, grosse ou petite? Quels étaient sa forme extérieure, ses rapports ? Descendait-elle dans le scrotum? Avait-elle quelque ressemblance avec d'autres variétés de hernie inguinale? Le taxis avait-il été tenté ? Voici autant de questions laissées sans réponse. Nous ignorons de même si l'étranglement avait lieu par l'ouverture fibreuse anormale ou par le collet du sac, dans quelle étendue le débridement a été fait. Il paraît que les symptômes de l'étranglement étaient très-violents, quoiqu'ils ne datassent que de deux jours, ce qui ferait croire que la hernie était récente, petite et très-serrée par l'agent constricteur.

Il paraît qu'au bout de six mois « la guérison ne s'était pas démen-

tie; » cela signifie peut-être que la hernie n'a pas reparu ; un bandage a-t-il été appliqué après la cicatrisation de la plaie ?

Sans admirer outre mesure les observations surchargées de détails, votre rapporteur, messieurs, pense qu'alors qu'il s'agit de variétés pathologiques peu connues, la prolixité n'est pas un mal. Il importe certainement de savoir qu'une hernie sus-pubienne a été opérée avec succès alors que son existence n'avait pas été soupçonnée avant les incisions ; mais il serait non moins utile de recueillir assez de documents pour pouvoir arriver à un diagnostic suffisant pour tracer à l'avance la conduite qu'on tiendra. Je ne veux pas prétendre que la chose était facile, puisqu'elle n'a point été faite par notre confrère, je voulais seulement dire d'une manière générale qu'on arriverait plus directement à une bonne description avec dix faits bien complets qu'avec cinquante observations écourtées.

La seconde narration n'est pas exempte non plus d'imperfections. Il est dit en commençant que le sac renfermait deux anses intestinales ; un peu plus loin, il n'est plus question que d'une. L'existence de deux anses, assez difficile à constater pendant une opération, est importante à étudier, parce qu'en cas de sphacèle, elle peut donner naissance à cette curieuse variété d'anus contre nature à quatre orifices, sur laquelle notre éminent collègue M. Sédillot appelait l'attention dans ces derniers temps. Quoi qu'il en soit, la hernie était congénitale, un testicule volumineux était à nu dans le sac, et de plus celui-ci renfermait une masse épiploïque du volume des deux poings réunis d'un adulte, située au-devant de l'intestin et de la glande séminale. Cet épiploon avait rendu le taxis impuissant et dû rendre également l'opération laborieuse. Quatre incisions furent nécessaires pour la réduction ; nous ignorons les points et les tissus sur lesquels elles furent pratiquées.

Mais voici ce que l'opération présenta de particulier. La masse épiploïque était si volumineuse qu'elle avait pour ainsi dire perdu droit de domicile dans le scrotum. Après l'incision de ce dernier, on essaya vainement de réunir les téguments par-dessus l'épiploon ; il fallut laisser celui-ci au dehors, après avoir reconstitué par la suture une nouvelle loge au testicule et appliqué deux épingles à l'angle supérieur de la plaie. En effet, l'épiploon étant adhérent et irréductible, il fallait opter entre les partis suivants : détruire les adhérences et réduire ; retrancher la masse irréductible et réunir la plaie, ou bien, enfin, abandonner l'épiploon à lui-même, en plaçant quelques points de suture au-dessus et au-dessous pour diminuer un peu l'étendue de la plaie.

C'est à cette dernière résolution que M. Arlaud s'arrêta : l'épiploon fut enveloppé dans un linge huilé et relevé sur l'abdomen.

Un abcès se forma à la partie inférieure du scrotum, fut ouvert le dixième jour et guérit rapidement. Mais au lieu de se mortifier, comme on pouvait s'y attendre, l'épiploon se couvrit, au contraire, de bourgeons charnus, et lorsqu'au quinzième jour les portions réunies de la plaie furent cicatrisées, il figurait une énorme fongosité dont le pédicule était serré par la boutonnière inodulaire et y adhérait intimément. On eut recours alors à l'excision par l'instrument tranchant, pratiquée à 2 centimètres du point adhérent. Trois artères épiploïques volumineuses furent liées : la guérison était complète le vingt-cinquième jour. Le malade a pu prendre un bandage et vaquer à ses occupations.

L'auteur résume ce que cette observation a de remarquable dans les quatre propositions suivantes :

1° Taxis rendu inutile par la masse épiploïque;
2° Difficulté de replacer le testicule dans sa loge;
3° Absence de mortification de l'épiploon ;
4° Cure radicale de la bernie par bouchon organique.

Votre rapporteur, ici encore, regrette de n'avoir aucun détail sur la marche et les symptômes de l'étranglement, sur les antécédents du malade, sur l'anatomie pathologique des parties herniées. L'étranglement dans les hernies congénitales présente, comme vous le savez, des particularités intéressantes qu'il eût été bon de mettre en lumière. Le collet du sac en est de coutume l'agent ; on le trouve souvent inextensible, rigide parfois dans une grande étenduo, et c'est sur lui que les débridements ont dû porter dans un grand nombre de cas. De plus encore, lorsque l'on a affaire à des bernies extrêmement volumineuses et très-anciennes, comme dans le cas actuel, il y a toujours lieu d'établir le diagnostic entre l'étranglement et la péritonite herniaire ; l'examen minutieux des symptômes permet d'arriver souvent à un diagnostic très-délicat et très-important en pratique. Nous aurions désiré que notre confrère nous renseignât à cet égard, quand bien même il fût ressorti de cette discussion que la fréquence de la péritonite herniaire a été exagérée.

La concision de l'observation a été motivée sans doute par le désir qu'avait l'auteur d'appeler l'attention sur des points spéciaux. Mais il en est résulté souvent des faits écourtés comme des citations incomplètes ou tronquées. Ils ne représentent pas toute la vérité. Quand les

détails surabondent, on les élague; quand ils sont insuffisants, on y supplée souvent d'une manière inexacte.

La troisième observation est beaucoup plus complète. La malade, âgée de soixante-dix ans, était fort débile. La hernie étaitcrurale, très-ancienne, et avait, vingt années auparavant, présenté des symptômes d'étranglement que le taxis avait fait disparaître. Cette fois, les accidents étaient très-alarmants, dataient de cinq jours. Les efforts de réduction plusieurs fois renouvelés étaient restés infructueux. L'opération fit constater « *que l'étranglement était produit par le tranchant du* » *ligament de Gimbernat.* » (Assertion bien brève pour démontrer un fait aussi contesté.) Deux incisions « *pratiquées parallèlement au trian-* » *gle osseux situé en dedans de l'éminence iléo-pectinée* permettent la » réduction. » (Détail opératoire assez confus.)

Mais l'épiploon était irréductible et formait une masse du volume d'une orange; de vieilles adhérences pseudo-membraneuses entouraient son pédicule; l'anse intestinale elle-même était recouverte de lymphe plastique gélatiniforme verdâtre, ce qui indique de l'inflammation des viscères herniés.

La plaie fut partiellement réunie à l'aide de six serres-fines; l'épiploon, comme dans le cas précédent, fut entouré d'un linge huilé, laissé à découvert et relevé sur l'abdomen. La mortification s'y déclara le quatrième jour; du sixième au seizième jour, « le volume du paquet épiploïque avait considérablement diminué, » ce qui indique que la mortification n'avait pas été complète; il fallut en faire l'excision; la cicatrisation était néanmoins complète le vingt-cinquième jour.

Cette observation, dit M. Arlaud, offre de remarquable :

1° L'âge et la constitution débile du sujet;

2° L'absence de fièvre traumatique;

3° L'élimination de la masse épiploïque dans un court espace de temps;

4° La cure radicale.

Votre rapporteur, qui a suivi pendant un an la pratique de M. Manec à la Salpêtrière, a pu s'assurer que la kélotomie crurale chez des femmes très-âgées donne des résultats au moins aussi satisfaisants, sinon plus heureux, que chez l'adulte. Déjà nous avons fait une réserve sur l'élimination spontanée de l'épiploon, qui n'a été que partielle. Nous voudrions vous présenter maintenant quelques remarques sur la cure radicale de la hernie, qui, suivant M. Arlaud, aurait suivi les deux opérations dont je viens de vous parler. Cure radicale! voici un

mot dont on a beaucoup abusé et dont sans doute on abusera bien encore. Les annales de la science sont pleines des cures radicales de la varicocèle, des varices, des rétrécissements de l'urètre, des fistules lacrymales, du cancer, etc., etc.; mais que d'illusions masquées sous ce pseudonyme, que de récidives, d'accidents dans l'année qui suit ces succès! Tout cela fait que, lorsque cette expression est prononcée, elle éveille aussitôt le soupçon dans l'esprit des incrédules qui exigent impitoyablement un surcroît de preuves.

Notre collègue a omis la principale, à mon avis, celle qui consiste à revoir les malades longtemps après l'opération. Pour lui, et théoriquement, le moyen le plus sûr d'obtenir ce brillant résultat consiste à laisser dans le collet du sac un bouchon épiploïque qui, grâce à ses adhérences, fermera toute issue ultérieure à la migration de l'intestin. « *La cure radicale de la hernie est assurée*, dit-il, par le tampon naturel et solide que forme le pédicule en s'unissant au pourtour de l'anneau. » Notez-le bien, messieurs, je ne conteste nullement la possibilité du fait, mais je nie formellement que la *cure radicale soit certaine* dans ces conditions. Si je ne craignais de donner à ce rapport trop d'étendue, je trouverais dans les auteurs autant de faits que je voudrais pour contredire l'affirmation de M. Arlaud; je me contenterai de vous décrire sommairement une pièce pathologique que j'ai disséquée le 11 septembre 1856.

Un homme avait subi autrefois la herniotomie; mais le scrotum renfermait encore une masse en partie réductible et qu'à travers la peau on reconnaissait facilement pour l'épiploon. Le sac ouvert par la dissection, je constate que cet épiploon se compose de deux parties continues : l'une inférieure, allongée, aplatie, occupant environ les deux tiers du sac, à la paroi interne duquel elle adhère par des brides plus ou moins longues et que le doigt déchire assez aisément; l'autre supérieure, lisse, renflée de manière à représenter assez exactement le volume et la forme d'un testicule. Cette seconde pelote épiploïque remplit la poche la plus élevée du sac et son collet; *elle est libre de toute adhérence*, de sorte que l'anneau est bouché, mais perméable; je trouvai même au côté externe et antérieur un diverticulum péritonéal, un second sac par conséquent, qui admettait aisément la dernière phalange de l'auriculaire, et qui probablement pendant la vie logeait une petite anse intestinale.

Ainsi, malgré la persistance du séjour de l'épiploon dans le sac, ce dernier n'était effacé que dans son fond et sa partie inférieure; il était tout préparé vers l'anneau à recevoir une nouvelle hernie. Vous voyez

par cet exemple, auquel je pourrais en joindre bien d'autres, que le bouchon épiploïque *n'assure* nullement la cure radicale.

Dans la troisième partie de son mémoire, M. Arlaud discute assez longuement la conduite à tenir dans les hernies étranglées entéro-épiploïques, surtout lorsque l'épiploon est anciennement sorti, induré, très-volumineux, irréductible.

Les opinions sont encore très-controversées sur ce point de pratique. Notre confrère fait quelques citations empruntées à Richerand, Sanson, Pelletan, Boyer, Laugier, etc., et met en parallèle les trois partis suivants :

1° Exciser simplement, lier les vaisseaux et réduire ;

2° Exciser, lier les vaisseaux, et maintenir le pédicule dans la plaie;

3° Attendre seulement que l'inflammation adhésive ait uni le pédicule épiploïque à l'anneau, et alors exciser les parties exubérantes et lier les vaisseaux.

Il se décide pour la troisième manière de faire, en s'appuyant sur les deux faits qu'il a rapportés dans son travail, c'est-à-dire qu'il adopte l'expectation primitive et l'excision consécutive, si la mortification n'a pas détruit l'épiploon.

Pour appuyer son opinion, il fait aux deux autres pratiques des objections qui ont déjà été proposées bien des fois, objections certainement valables, mais dont aucune n'est restée sans réponse également légitime.

Dans des questions aussi difficiles, discutées depuis si longtemps, la méthode numérique, maniée avec discernement et n'utilisant que des documents explicites, pourrait seule conduire vers une solution suffisamment approximative. Je m'abstiendrai donc avec mon expérience personnelle, d'ailleurs si limitée, d'intervenir. Je dirai cependant que l'excision immédiate de l'épiploon avec conservation du pédicule dans le collet du sac, ne me paraît pas devoir être rejetée quand des adhérences bien évidentes existent entre ce pédicule et ce collet; c'est une pratique aujourd'hui adoptée par un grand nombre de chirurgiens, et qui serait rendue plus sûre, grâce aux moyens dont nous disposons, pour faire des sections sans hémorrhagie (écrasement linéaire ou section mousse).

Je n'ai pas besoin de dire que le conseil donné par M. Arlaud n'est pas nouveau. La seule chose qu'il importe de discuter est la suivante :

La destruction de l'épiploon irréductible par divers moyens (section immédiate, ligature, cautérisation) expose-t-elle l'opéré à plus de dangers que le travail inflammatoire ou gangréneux qui s'emparera néces-

sairement du paquet épiploïque, et auquel il faut ajouter aussi les chances funestes que peut entraîner la section consécutive presque toujours indispensable? Je ne le crois pas; il me semble qu'il n'est pas absolument innocent de laisser à nu une masse vasculaire et graisseuse d'un volume parfois très-notable, et que l'inflammation, la suppuration et la gangrène spontanée d'une tumeur épiploïque de grandes dimensions peuvent bien par elles-mêmes engendrer des complications funestes : aussi me semble-t-il plus prudent d'aider la nature à détruire cette partie désormais destinée à périr. Je pourrais, d'ailleurs, me retrancher, pour soutenir cette thèse, derrière l'autorité des hommes et des faits. Je trouve dans le *Traité de la cautérisation* de M. Philipeaux, rédigé d'après la pratique savante de notre habile collègue M. Bonnet (de Lyon), une série de cas analogues dans lesquels on a eu recours à la cautérisation potentielle pour mortifier l'épiploon. Cette pratique, qui compte pour elle au moins l'ancienneté, puisqu'elle est conseillée déjà par Celse, a réussi dix fois de suite, et dans des cas très-divers, entre les mains de plusieurs chirurgiens lyonnais. Je crois donc qu'il y a lieu d'en tenir un compte sérieux (1).

Il est une circonstance qui peut-être m'engagerait à imiter la conduite de M. Arlaud; je veux parler de ces cas où l'épiploon est irréductible à cause de sa masse, et n'est point fixé à l'anneau par des adhérences solides. L'excision avec l'instrument tranchant exposerait certainement à la rentrée de l'épiploon sectionné, à des hémorrhagies venant des vaisseaux coupés, etc.; mais même dans cette occurrence, la cautérisation trouverait encore un emploi utile.

D'ailleurs, en terminant, je veux dire que dans des lésions aussi variables que les étranglements herniaires, tout est bon, tout est mauvais, suivant les cas. Telle précaution qu'on aura observée avec soin deviendra précisément la cause de la mort. Telle imprudence pourra sauver le malade. Je ne songe donc nullement à critiquer la conduite de M. Arlaud; mais je ne voudrais pas davantage qu'elle fût érigée en principe absolu, et d'ailleurs, dans les cas difficiles, on fait ce qu'on peut plutôt que ce qu'on veut, et comme de longtemps peut-être je n'aurai pas l'occasion de prendre la plume sur ce sujet, permettez-moi de vous raconter brièvement un fait que j'ai observé, et dans lequel je me suis trouvé face à face avec les difficultés si communes en pareil cas.

J'opérai à l'Hôtel-Dieu, pendant les vacances de 1856, un adulte affecté de hernie étranglée. Une masse épiploïque énorme masquait

(1) *Traité de la cautérisation*, 1856. In-8°, p. 453. Paris, J. Baillière.

l'intestin et remplissait les trois quarts du sac, à la paroi interne duquel il adhérait. L'étranglement résidait au collet du sac; il était si profondément placé dans l'abdomen, qu'aucun bistouri herniaire ne fut assez long pour l'atteindre, et qu'il eût fallu faire une véritable éventration pour arriver jusqu'à lui. L'intestin réduit, je songeai à l'épiploon; il était adhérent à l'anneau. J'aurais pu détruire ces adhérences et réduire la masse épiploïque, mais craignant de propager à la grande séreuse l'inflammation dont ce repli était atteint, j'en fis l'incision à 3 centimètres de l'anneau; aucun vaisseau important ne donna, et je crois que l'hémorrhagie interne eût été peu à craindre. Mais cet épiploon figurait dans l'abdomen une corde verticale étendue entre l'anneau en bas, l'estomac et le côlon transverse en haut. Cette bride divisait les circonvolutions intestinales en deux grands groupes, elle empêcha le rétablissement des matières fécales, et le malade mourut parce que je n'avais détruit qu'une des causes à la circulation des matières. Si la bride épiploïque avait été détachée en bas et réduite, la guérison aurait pu s'effectuer, car l'intestin n'était pas profondément altéré, et voici comment le même fait peut servir pour ou contre une doctrine. Permettez moi de vous signaler dans cette observation une particularité très-curieuse, et qui d'ailleurs n'est pas, je le crois, très-vulgaire. J'ai parlé en commençant du siége très-profond de l'étranglement; l'obstacle n'était en réalité ni à l'anneau externe ni à l'anneau interne, mais bien à une certaine distance de ce dernier dans la cavité abdominale elle-même. A l'autopsie, j'ai cherché à me rendre compte de ce siége insolite, et voici ce que j'ai cru remarquer.

La bride épiploïque verticale dont j'ai parlé adhérait fortement au collet du sac, de plus elle était épaisse, dure, rétractée. Je crois donc qu'elle avait agi lentement sur ce collet, et l'avait tiré peu à peu dans l'intérieur de l'abdomen, à 2 centimètres au moins au-dessus de l'orifice des faces transversales.

Il faudrait d'autres dissections pour établir d'une manière authentique cette influence de la bride épiploïque; peut être en faisant des recherches dans les auteurs, aurais-je trouvé des faits analogues, mais je n'ai pas voulu allonger ce rapport à l'aide de questions incidentes, et je m'arrête ici, tout en constatant que ce premier mémoire de M. Arlaud présente de l'intérêt au point de vue pratique.

(La seconde partie du rapport sera lue dans une séance suivante.)

M. MOREL-LAVALLÉE demande quelle a été, dans l'observation de M. Verneuil, la durée de l'étranglement avant l'opération, quel traite-

ment a été fait après, et combien de temps le malade a survécu. Il voudrait savoir si le malade a été purgé après l'opération, parce qu'on voit souvent persister des accidents qui tiennent à ce que l'intestin ne reprend pas ses fonctions, et qui céderaient à un purgatif. Il a vu dans le service de Blandin la constipation et les autres accidents de l'étranglement, persister après l'opération, parce qu'on n'avait pas purgé le malade. Louis et Dionis rapportent également des cas où les purgatifs ont fait céder des accidents formidables.

M. VERNEUIL répond que l'étranglement existait depuis quarante-huit heures lorsqu'il a opéré le malade; et que la mort est survenue le lendemain. Après l'opération, il a employé le traitement habituel et a donné un purgatif. S'il n'a pas insisté sur ce point dans son observation, c'est qu'en pareil cas il est dans la pratique générale de purger les malades.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN, lorsqu'il fait l'excision d'une portion d'épiploon en opérant une hernie étranglée, ne s'attache pas à lier toutes les artères ; dernièrement encore, dans deux cas d'épiplocèles, dont il retrancha des portions considérables, il lia les plus gros vaisseaux, réduisit, sans lier les autres, et il n'en résulta pas d'hémorrhagies.

M. MOREL-LAVALLÉE a été frappé de ce que, dans beaucoup de cas, on néglige l'emploi des purgatifs après les opérations de hernies étranglées ; c'est pour cela qu'il a insisté pour en faire un précepte.

Dans l'observation de M. Verneuil, il ne comprend pas comment la bride formée par l'épiploon a pu empêcher le cours des matières dans l'intestin, qui ne pouvait être très-comprimé dans l'espace assez large qui se trouvait derrière la bride. Il pense que, puisqu'un purgatif ne suffisait pas, on aurait pu réussir en en administrant un second plus énergique.

M. VERNEUIL fait observer que le malade étant mort peu d'heures après l'opération, il n'a pas eu le temps d'administrer un second purgatif. Quant à l'obstacle formé par la bride épiploïque, il a pu en constater parfaitement l'existence dans l'autopsie. Cette bride divisait la masse de l'intestin grêle en deux lobes séparés par une scissure profonde.

M. DEMARQUAY expose la pratique de Blandin dans la herniotomie. Ce chirurgien, après l'opération, donnait toujours un purgatif salin. Lorsqu'il trouvait l'épiploon sain, il le réduisait ; mais M. Demarquay a vu plusieurs fois, dans des autopsies, des abcès qui s'étaient formés dans cet épiploon après sa réduction. Lorsque l'épiploon était malade, Blandin le fixait au dehors et attendait qu'il fût emporté par la suppu-

ration. M. Demarquay préfère, dans tous les cas, exciser l'épiploon hernié, qu'il soit sain ou altéré.

Dernièrement, dans une hernie épiploïque énorme, qui ne contenait pas d'anse intestinale, et pourtant produisait tous les symptômes de l'étranglement, craignant qu'après la réduction il ne se formât des abcès dans la masse épiploïque, à l'intérieur du ventre, M. Demarquay a fait l'excision de toute la portion herniée; le malade est guéri et n'éprouve aucun accident; il peut très-bien se redresser sans éprouver aucun tiraillement. Mais malgré la masse qui se trouvait fixée dans l'anneau, cette ouverture n'a pas été oblitérée, car deux mois après elle a donné passage à une nouvelle hernie.

M. MOREL LAVALLÉE répond à M. Demarquay qu'il n'a pas parlé de ce que Blandin faisait habituellement, mais de ce qu'il lui a vu faire dans un cas.

M. VOILLEMIER regrette que la discussion s'égare sur plusieurs sujets importants qu'on ne peut, en ce moment, qu'effleurer. Il regarde la conduite à suivre, après l'opération de hernies épiploïques étranglées, comme parfaitement connue. Blandin, dont il a été parlé, faisait comme tout le monde. Il a été son interne et il ne l'a jamais vu suivre une règle invariable et absolue. En effet, quand l'épiploon est souple, facile à déplisser, ne présentant aucun signe d'inflammation violente, on doit le réduire. Si, au contraire, il forme une masse volumineuse, dure, enflammée, il est de règle de ne pas réduire. Bien d'autres circonstances peuvent se présenter, qui font qu'on réduira l'épiploon hernié, ou qu'on le laissera au dehors de l'anneau; ces indications se trouvent partout, et il ne croit pas devoir insister sur ce point.

Il en est de même de la réduction de l'épiploon, après qu'on a jugé à propos d'en retrancher une partie. Notre excellent collègue M. Hervez de Chégoin vous a dit que, chez une malade qu'il avait opérée d'une hernie étranglée, il retrancha une portion de l'épiploon et réduisit le reste sans inconvénient, bien qu'il n'eût pas fait de ligature. Il n'a certainement pas l'intention de présenter cet exemple comme devant toujours être suivi. Sans doute, on peut agir ainsi quand le tissu de l'épiploon induré ne présente aucun vaisseau donnant du sang après sa section; mais encore est-il plus prudent de ne pas le réduire complétement, ou de le placer derrière l'anneau. D'un autre côté, qui n'a pas vu des masses épiploïques tellement vasculaires qu'elles exigeaient, après avoir été coupées, l'emploi de huit ou dix ligatures? Ici encore il n'est pas possible d'établir une règle unique.

M. Voillemier fait aussi observer à M. Morel, qui insiste sur la né-

cessité des purgatifs, et des purgatifs drastiques, après la réduction d'une hernie intestinale opérée, que l'usage des purgatifs est d'une pratique ancienne et vulgaire; que cette pratique, bonne en soi, ne doit pas être poussée trop loin. Lorsque les anses de l'intestin sont mal disposées pour le cours des matières, et que ses membranes sont amincies dans quelque point par l'étranglement qu'elles ont subi, il pourrait arriver une rupture et un épanchement de matières fécales dans le ventre si, à l'aide d'un purgatif violent, on avait déterminé des contractions trop énergiques de l'intestin.

M. HUGUIER proteste contre ce qu'a dit M. Morel, que l'on néglige l'emploi des purgatifs après l'opération de la hernie étranglée; c'est, au contraire, la pratique générale, et, pour son compte, M. Huguier administre toujours, en pareil cas, un purgatif, à moins qu'il n'ait quelque raison de craindre une rupture que l'effet du purgatif pourrait déterminer.

M. DEMARQUAY n'admet pas l'éclectisme dans le traitement des épiplocèles; il pense, d'après tout ce qu'il a vu, qu'il est toujours préférable d'exciser la portion d'épiploon herniée.

M. VOILLEMIER répond qu'il ne s'agit pas ici d'éclectisme entre diverses méthodes. Mais comme l'a très bien dit M. Verneuil dans son rapport, chaque malade présente des indications particulières à remplir. M. Voillemier a déjà indiqué sommairement les cas où on devait réduire l'épiploon, et les cas où il fallait ne pas le réduire. Il croit n'avoir fait que reproduire des règles connues et suivies par presque tous les membres de la Société. M. Demarquay veut que dans tous les cas on s'abstienne de réduire l'épiploon. M. Voillemier n'hésite pas à dire qu'il est complétement opposé à cette manière d'agir.

RAPPORT.

M. LABORIE lit un rapport sur le livre de M. Mattei, intitulé *Essai sur l'accouchement physiologique.*

M. Mattei, médecin accoucheur de l'hospice civil de Bastia et professeur du cours d'accouchement institué par le département de la Corse dans la même ville, a offert à la Société de chirurgie un exemplaire de son ouvrage intitulé *Essai sur l'accouchement physiologique*. En désignant trois de vos membres pour vous faire un rapport sur ce livre, vous avez voulu sans doute qu'il fût l'objet d'un examen spécial. C'est pour répondre à cette pensée que nous nous sommes efforcés de donner à notre appréciation toute l'étendue compatible avec vos nombreux travaux.

Il eût peut-être été préférable dans l'intérêt de l'auteur, aussi bien que dans l'intérêt de la science, d'abandonner à l'un de mes savants collègues le soin de vous transmettre les impressions de votre commission; mais, puisque nous avons été désigné comme rapporteur, nous avons accepté la tâche pénible qui nous était dévolue.

Nous commencerons par dire quelques mots du titre adopté par M. Mattei; ce titre ne nous paraît pas offrir toute la clarté désirable. L'accouchement est par excellence un acte physiologique, et la nature pour le mener à fin a dû pourvoir à bien des éventualités qui peuvent naître au milieu des phénomènes qui l'accompagnent, et dans cette science de l'obstétrique, encore si délaissée par la plupart des médecins, notre siècle aura l'insigne honneur d'avoir apporté les plus précieux éléments de progrès. Lorsque M. Mattei, dans une classification qui, à nos yeux, est essentiellement rétrograde, veut désigner sous le nom d'accouchement physiologique une seule des formes de l'accouchement naturel, il veut, sans une seule bonne raison, effacer d'un seul coup les conquêtes les plus précieuses de notre art.

« Le travail de l'enfantement, nous dit-il, est quelque chose de pénible non-seulement pour la femme qui accouche, mais encore pour » ceux qui l'assistent; tel est du moins l'effet qu'a produit sur nous le » premier accouchement auquel nous avons assisté à l'hôpital général » de Montpellier, auprès d'une femme qui depuis bien des heures (780) » souffrait au point de faire croire qu'elle allait mourir.

» Le séjour que nous avons fait ensuite dans les hôpitaux et les » femmes en couches que nous avons assistées ont diminué sans doute » notre sensibilité; mais combien fut agréable notre surprise lorsque, » étant allé à Paris pour achever nos études, nous fûmes témoin d'un » accouchement naturel presque sans douleur! Ce contraste nous frappa » tellement, que, devenu praticien, nous avons tâché de rendre le tra- » vail de plus en plus facile pour la mère et pour l'enfant. »

C'était là sans doute une belle et bonne pensée, et si notre laborieux confrère a pu nous tracer dans cette nouvelle voie un chemin facile à suivre, il aura droit à toutes nos sympathies.

Examinons donc ce qu'il a imaginé pour ramener tous les accouchements à cette simplicité si désirable.

Dans un préambule que nous ne jugeons pas nécessaire de transcrire, l'auteur indique les résultats déplorables signalés par la statistique tant pour la mère que pour l'enfant. Ainsi les chiffres qu'il donne indiquent une femme morte sur 30 accouchées, et un enfant mort sur 50 dans les présentations du sommet, un sur 15 dans les présentations

pelviennes et de la face, et un sur 7 dans les présentations du tronc. Il signale la différence des résultats obtenus chez les peuples peu civilisés, dans nos campagnes, et enfin chez les animaux.

M. Mattei se propose dès lors de tout ramener à cette simplicité primitive ; il étudie donc les conditions qu'emploie la nature (*sic*) pour avoir un résultat si heureux, et il recherche les causes pour lesquelles les accoucheurs ne l'atteignaient pas, et c'est cette étude qui a naturellement divisé son travail en accouchement physiologique naturel et artificiel.

Pour suivre sa voie librement, l'auteur se débarrasse d'abord des mots qui lui semblent impropres. Ainsi il repousse le nom d'accouchement spontané ou naturel qui a cours quant à présent en obstétrique. Car, dit-il, *si l'on appelle naturel tout phénomène qui existe dans la nature, il faut admettre comme telles la maladie et même la mort ; si on appelle spontané ce qui se fait sans le secours de l'art, il faut admettre aussi comme tels des accouchements qui se font après la mort du fœtus, et même après la mort de la mère.*

C'est à cause de cette confusion, dit l'auteur, que quelques accoucheurs laissent la mère et l'enfant se débattre pendant des journées entières entre les plus fortes douleurs et les efforts les plus violents ; c'est à cause de cette confusion, que les accoucheurs ne conseillent d'intervenir avec le forceps que huit heures après que la tête a plongé dans l'excavation. Dans cette confusion on n'a vu que les suites immédiates de l'accouchement, et l'on n'a autorisé l'intervention que dans un danger imminent ; tandis que dans ces cas les suites de couches sont ordinairement une maladie, et souvent une cause de mort pour la mère et pour l'enfant.

L'accouchement physiologique, tel que je l'entends, autorise l'intervention dès que la marche de la nature ne conduit pas à effectuer la fonction sans altérer la santé de la mère et de l'enfant ; tandis que l'accouchement naturel ou spontané des auteurs n'autorise cette intervention que lorsque la nature a épuisé ses forces ou qu'elle est dans l'impossibilité de l'effectuer elle-même. Le tout est que l'intervention de l'art soit sans inconvénients et d'un résultat à peu près certain.

Vous pouvez juger, Messieurs, la scrupuleuse attention que j'apporte dans l'exposition des prétentions de M. Mattei. Pour ne rien exagérer, je le cite textuellement.

Abordant ensuite les conditions qui lui paraissent nécessaires pour que l'accouchement physiologique proprement dit puisse s'accomplir,

il donne le résultat de ses recherches. Ainsi il a trouvé, dit-il, dans les cas heureux qu'il a observés :

1° Qu'il y avait toujours bonne conformation des parties molles, et surtout du bassin ;

2° Qu'à la fin de la grossesse le segment inférieur de l'utérus était aminci, et le col presque entièrement dilaté ou dilatable ;

3° Qu'il y avait toujours présentation du sommet ;

4° Qu'au moment du travail ou pendant qu'il commençait, les positions étaient facilement ramenées à des occipito-antérieures ;

5° Que le travail était court et peu pénible ;

6° Que l'enfant naissait toujours vivace ;

7° Que non-seulement il n'y avait pas de suites de couches graves, mais qu'il y avait du lait en abondance sans la fièvre de ce nom.

Dès lors, il s'est attaché à ramener, autant que faire se pouvait, la fonction dans la voie si favorable à l'accouchement physiologique ; et pour obtenir ce résultat, il a, dit-il, été nécessaire de prendre les choses de haut.

Ainsi un chapitre est consacré à l'éducation, au tempérament, à la manière de vivre des femmes. C'est là, dit-il, une partie complétement délaissée dans les traités généraux ou spéciaux d'accouchement. Cette partie constitue la première section du livre.

M. Mattei consacre ensuite un long chapitre à l'étude des circonstances qui, suivant lui, donnent au bassin de la femme les formes qui constituent son aptitude spéciale à l'acte de l'accouchement.

Je dois le dire en toute sincérité, il est impossible de rien lire de moins rationnel que tous les détails qu'il donne sur ce sujet.

Il attribue aux pressions exercées par les viscères abdominaux, par les muscles, par les fémurs, une action directe sur la forme de la cavité pelvienne chez la femme. Et, fait il le dire, M. Mattei, dans cette improvisation toute d'imagination, oublie le nombre des côtes de la femme (page 61) ; il lui en accorde une de plus, et il revient à deux fois sur cette disposition.

Deuxième section. — Elle est consacrée au développement de l'utérus, et au rôle que joue le fœtus dans le cours de la grossesse.

Vous me permettrez, messieurs, de ne pas insister sur toutes les théories de l'auteur ; et pour quelques aperçus ingénieux, nous voyons affluer les idées les plus étranges...

Troisième section. — Elle est consacrée à l'étude de la présentation du fœtus et à l'appréciation diagnostique rigoureuse de cette présentation ; bien plus, même de la position par le palper abdominal. J'ai,

dit-il, poussé si loin le palper abdominal, je l'ai soumis à des règles si précises, qu'il est devenu plus facile, plus sûr et plus prompt que le toucher et l'auscultation.

M. Mattei ne rejette cependant pas l'auscultation; et même, dit-il, je l'ai agrandie pour le diagnostic des présentations et des positions. Quant au toucher, il ne le dédaigne pas, et il le pratique avec deux doigts.

J'ai lu avec une scrupuleuse attention le chapitre consacré au palper abdominal, je suis heureux de pouvoir en faire quelque éloge. Ce n'est pas qu'il ne s'y rencontre encore des appréciations fausses, des erreurs inconcevables; mais enfin l'auteur indique avec soin la manœuvre à suivre; sans être nouveaux, les préceptes qu'il formule m'ont paru satisfaisants; et comme, sans accorder au palper abdominal une importance aussi grande, nous reconnaissons que dans certaines circonstances il peut être nécessaire, nous recommanderons la lecture de cette section.

Nous arrivons maintenant à la quatrième section, dans laquelle l'auteur expose la pratique qui constitue le point essentiel de son œuvre, à savoir, les modifications imprimées par les manœuvres immédiatement faites à travers la paroi abdominale aux présentations et aux positions du fœtus.

L'auteur émet d'abord quelques idées sur l'époque précise qui, suivant lui, marque le terme de la grossesse; elle correspondrait à la neuvième époque menstruelle depuis la cessation de cette fonction. Rien n'est moins exact suivant nous. Du reste, l'auteur donne à sa théorie une assez grande élasticité, puisqu'il ajoute que si la neuvième époque ne détermine pas l'accouchement, elle le prépare, et il ne dépasse pas la dixième époque.

Permettez encore une citation pour vous exposer comment l'auteur divise les contractions utérines; il admet trois degrés :

1° Elles sont indolores et intermittentes comme celles de tous les muscles. Ce sont les contractions physiologiques par excellence ;

2° Elles sont douloureuses, intermittentes et périodiques; elles commencent à être pathologiques ;

3° Elles sont permanentes avec des exacerbations, mais toujours plus ou moins douloureuses : elles sont pathologiques.

Pour M. Mattei, le type de la contraction physiologique est donc classé sous le n° 1, et c'est vers cette forme qu'il s'efforce de ramener toutes les contractions. J'ai suivi l'auteur dans les différentes phases de son action pratique, telle du moins qu'il la décrit dans son livre.

Je ne puis sur ce point partager toutes les opinions émises par M. Mattei.

Le livre de M. Mattei est terminé par une série d'observations. On y trouve relatés des accouchements simples sans douleur, des accouchements douloureux, mais simples, qui ne présentent rien de particulier ; l'auteur indique avec soin les résultats fournis par le palper abdominal pour reconnaître les positions.

Je trouve enfin une observation de version ; il aurait, en moins de dix secondes, remplacé une présentation du siége par une présentation du sommet. Cette observation, qui est la dernière du livre, ne peut avoir aucune valeur. Il n'est rien dit de l'époque de la grossesse, de l'accouchement, etc., etc.

Me voici, Messieurs, arrivé au terme d'une analyse que j'ai dû abréger autant que possible, en rendant compte du travail de M. Mattei. Je remplis un devoir que j'eus voulu éviter ; si j'avais à discuter plus longuement les bases de cette œuvre, il me serait facile de démontrer qu'elles sont fausses ; partant d'un point de départ qu'il s'est choisi à son gré, il a pu se croire dans le vrai.

Aussi la statistique de mortalité qu'il adopte, les accouchements si heureux qu'il signale comme normaux dans les campagnes, les règles qu'il prête aux praticiens sur l'époque de l'intervention chirurgicale en obstétrique, etc., etc., ne sont pas exacts.

Comme nous l'avons dit en commençant, le livre de M. Mattei est rétrograde. Tout ce que nous avons appris en accouchement, tout ce que nos maîtres nous ont enseigné, s'éloigne absolument de la pensée de notre auteur. Lorsque nous envisageons ce que le médecin peut gagner pour la mère et l'enfant par l'expectation sagement entendue, nous en arrivons, à mesure que nous avançons dans la carrière, à reconnaître que l'une des qualités essentielles de l'accoucheur doit être la patience ; combien, en effet, d'accouchements heureusement terminés par les seules ressources de la nature, tandis que le médecin sage et prudent hésite à intervenir, lorsqu'il n'y a pas nécessité absolue ! combien d'interventions, qui semblaient indiquées cependant, qui n'ont rien produit de bon, et qui, même quelquefois infructueuses, ont simplement retardé la délivrance naturelle qui s'effectuait dès que l'on abandonnait la nature à elle-même !

Il n'est pas dans notre intention, Messieurs, de faire un manifeste contre l'intervention en obstétrique. Autant que personne, et peut-être même parmi les plus hardis, nous avons adopté l'intervention, nous avons été même assez loin pour n'avoir pas mérité l'assentiment de

tous les médecins ; mais nous réservons notre action pour des cas très-limités.

On doit considérer la terminaison heureuse et spontanée des accouchements comme la règle ; et sans tenir compte de leur durée, cette règle comme toujours comporte des exceptions. Mais si les causes des retards apportés à l'expulsion du produit sont nombreuses, il faut ajouter que pour en avoir raison, la nature se suffit presque constamment à elle-même.

Un accouchement rapide et presque sans douleur n'est pas toujours exempt d'inconvénients, et il reste dans les cas exceptionnels, aussi bien à la ville qu'à la campagne. Il faut bien savoir que le travail qui précède l'accouchement peut être long, et néanmoins sans danger; et l'on n'aura pas à tourmenter les patientes lorsque, par un examen attentif et suivi, l'accoucheur aura reconnu qu'il ne survient aucune complication ni pour la mère ni pour l'enfant. Il faut laisser aux gens du monde, qui parlent en ignorants des choses médicales, l'opinion relative à l'accouchement facile et rapide, considéré comme règle. C'est cette opinion que l'avocat consultant au parlement, Barbier, exprimait plaisamment dans son journal, lorsqu'à la suite d'une anecdote assez légère, il raconte le rapide accouchement d'une belle fille de sa connaissance. « Elle n'était sortie, dit-il, que la nuit, et elle était rentrée dans la maison de son père et de sa mère, laquelle savait la chose à neuf heures du matin ; ce qui marque que les femmes ne font les délicates que quand elles en ont le temps. »

Terminons enfin. M. Mattei est encore jeune; comme travailleur, il a toutes nos sympathies, qu'il nous permette de lui donner un conseil qu'il n'a pas pu trouver par ce temps de bienveillance universelle, qu'il n'ajoute pas entièrement foi aux éloges si facilement prodigués par le journalisme critique. Il y a dans la génération médicale actuelle une tendance trop générale à beaucoup louer. Si c'est là une preuve de grande amélioration dans les relations confraternelles, c'est beau sans doute; mais cette bienveillance trop facilement appliquée peut être nuisible aux intérêts de ceux-là mêmes que l'on veut servir. En jugeant ainsi la critique médicale, je n'ai pas besoin de dire qu'il existe de très-remarquables exceptions, et ce serait impardonnable de l'oublier dans l'enceinte même de cette Société. Que M. Mattei continue donc sa vie laborieuse; son livre, tout imparfait, tout imprégné d'erreurs qu'il m'a paru, présente incontestablement des marques qui indiquent une organisation heureuse. Certaines parties sont écrites avec verve, certains aperçus sont ingénieux, et si les aptitudes que je me plais à lui

reconnaître sont soigneusement dirigées, il pourra à son heure se faire une honorable place dans le monde des travailleurs. Qu'il nous pardonne la sévérité de notre jugement ; nous n'avons eu d'autre vue que son intérêt propre ; car, ainsi que le dit l'énergique auteur des Tragiques,

« Mieux vaut l'utile vrai que le faux agréable. »

M. CAZEAUX approuve le rapport de M. Laborie; mais il trouve que le rapporteur n'a pas assez insisté sur les points parfaitement connus et professés par tout le monde, que M. Mattei donne comme de lui ; il signale, en particulier, la pratique des manipulations extérieures pour corriger une présentation vicieuse, que M. Mattei donne comme neuve, bien qu'elle ait été proposée dans un mémoire de Vigan, et que depuis ce temps tous les accoucheurs l'aient adoptée.

M. LABORIE répond que, tout en donnant quelques éloges à l'ouvrage de M. Mattei, il a eu soin de dire qu'il n'y avait rien de nouveau dans le chapitre sur les manipulations extérieures.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur de la région parotidienne. — M. DEMARQUAY présente une tumeur qu'il a enlevée sur un malade qui fait le sujet de l'observation suivante :

Le 26 mai 1857, le nommé R... (Victor), âgé de soixante deux ans, cultivateur à Villotte devant Saint-Michel (Meuse), se présente à la Maison municipale de Santé pour se faire délivrer d'une tumeur volumineuse occupant la région parotidienne droite et la partie correspondante du cou.

Il y a quinze ans, une petite tumeur s'était développée dans la région sous-maxillaire du côté droit; notre malade n'y fit pas grande attention; il ne souffrait pas et n'éprouvait aucune gêne. Cependant, suivant toujours une marche progressive et continue dans son développement, la tumeur atteignit bientôt un volume considérable. R... fut alors trouver un médecin de son pays pour se faire opérer; celui-ci non-seulement refusa de faire l'opération, mais il conseilla même au malade de ne point se faire enlever sa tumeur, parce que l'artère devait la traverser et que l'on serait obligé de la couper pendant l'opération.

D'après ce conseil, R... attendit encore six ans ; mais, effrayé par le développement toujours croissant de sa tumeur, il prit enfin le parti de venir tenter la hardiesse et l'habileté des chirurgiens de Paris.

Lors de son entrée à la Maison municipale de Santé, le malade est obligé de soutenir sa tumeur avec un mouchoir passé en mentonnière et noué sur la tête. Le volume de la tumeur peut être comparé au volume de la tête d'un enfant qui vient de naître. Elle commence en haut au niveau de l'arcade zygomatique et descend inférieurement jusqu'à 0,05 c. au-dessus de la clavicule. Sa forme générale est celle d'un ovoïde à grand diamètre vertical; sa face extérieure est saillante et irrégulièrement arrondie; elle présente une série de petites bosselures, les unes molles et presque fluctuantes, les autres offrant au contraire une dureté assez considérable. La face profonde, reposant sur la branche du maxillaire inférieur et sur les parties latérales du cou, semble aplatie; elle ne fournit du reste aucun prolongement ni du côté de la bouche ni du côté du pharynx.

La mensuration donne les résultats suivants :

Verticalement, en suivant la grande courbure, 0,30 c.; transversalement, en suivant la petite courbure vers la partie moyenne de la tumeur, 0,25 c. pour la surface extérieure seulement.

Comme la surface profonde nous semble à peu près plane, nous avons recours au pelvimètre pour prendre approximativement ses dimensions, et nous obtenons les résultats suivants :

Verticalement, 0,16 c.;

Transversalement, 0,115 m.

Ce qui nous donne à peu près comme grande circonférence verticale, 0,46 c., et comme circonférence transversale, 0,365 m.

Malgré son volume considérable, cette tumeur ne gêne en rien les mouvements de la face; le nerf facial n'est donc pas altéré. Il n'y a pas non plus de signes de compression des vaisseaux, puisqu'on sent très-bien les battements de l'artère temporale au-dessus de la tumeur. La respiration, la déglutition se font normalement. L'ouïe n'est point altérée, bien que la tumeur presse contre la partie antérieure du pavillon de l'oreille, en entraînant en haut le lobule, qui occupe ainsi le point le plus élevé de la tumeur. La peau semble très-vasculaire. Enfin, un dernier signe de la plus haute importance au point de vue de l'opération, c'est qu'en saisissant la tumeur à pleine main, on peut facilement lui imprimer des mouvements dans tous les sens.

Je dois signaler encore l'absence complète de douleurs, soit spontanées, soit déterminées par les explorations. La seule chose dont se plaigne le malade est la pesanteur de la tumeur.

Le 28 mai, M. Demarquay fait une ponction exploratrice dans l'un des points qui semblent les plus fluctuants. Dans le premier moment,

il ne sort rien par la canule, puis bientôt il s'écoule une petite quantité de sang rouge, semblable au sang artériel. La canule étant retirée, le sang coule encore pendant quelques instants par la piqûre du trocart. L'auscultation faite avec soin ne révèle aucun bruit de souffle. Les causes sous l'influence desquelles la tumeur s'est développée sont complétement inconnues. Il est impossible aussi de se prononcer sur sa nature.

L'état général du malade est très-bon ; sa constitution est des plus robustes.

Le 30 mai, on procède à l'opération. Le malade étant endormi, M. Demarquay, à l'aide de deux incisions verticales, qui se réunissent à la partie supérieure et à la partie inférieure de la tumeur, limite un lambeau de peau qui doit être enlevé avec elle. Disséquant ensuite la peau en avant et en arrière, il arrive rapidement vers les parties profondes ; là, il rencontre d'abord, en procédant de bas en haut, la face externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Ce muscle est comprimé et aplati par la tumeur, à laquelle il n'est uni que par un tissu cellulaire lâche. Au-dessus du bord antérieur ou interne du muscle, dans le point où la carotide est plus superficielle, M. Demarquay saisit avec une pince toutes les parties qui se présentent, et n'incise jamais qu'entre la tumeur et la pince. C'est ainsi que l'artère faciale est coupée, et peut être liée immédiatement et sans hémorrhagie.

Plus haut il rencontre le ventre postérieur du digastrique, qui est sain, et arrive à la parotide. La branche inférieure du nerf facial se trouvant comprise dans la tumeur, et ne pouvant être isolée, est coupée ; enfin, parvenu au-dessous de l'arcade zygomatique, et au moment de terminer l'opération, M. Demarquay se voit dans l'obligation de couper encore la carotide externe au point où elle va se diviser en temporale et en maxillaire interne.

La tumeur complétement enlevée, on réunit les lambeaux de peau par de nombreux points de suture ; puis on panse avec la glycérine.

Le poids de la tumeur est de 1,300 grammes ; sa surface extérieure est inégale ; elle présente une série de saillies, de véritables lobules séparés les uns des autres par des dépressions larges et peu profondes. Quelques-unes de ces saillies sont molles et fluctuantes ; une petite ponction faite avec la pointe d'un bistouri ne laisse pourtant sortir qu'une seule goutte d'un liquide clair et filant, analogue à de la synovie.

Une coupe faite suivant le grand diamètre de la tumeur nous laisse voir son tissu d'un blanc rosé. Ici la tumeur ne semble plus formée

que par quatre lobes superposés. Vers sa partie moyenne, au niveau du point où avait été faite la ponction exploratrice, se trouve un petit foyer sanguin résultant d'une hémorrhagie interstitielle.

Enfin, M. Robin ayant eu l'obligeance d'examiner la tumeur au microscope, nous communique la note suivante au sujet de sa structure:

« Cette tumeur est formée principalement de tissu de structure glandulaire, analogue à celui de la parotide, sans pouvoir lui être tout à fait assimilé, et pour un tiers au moins de tissu fibro-cartilagineux. »

Le soir, le malade est bien; il est calme, et a reposé un peu dans la journée. Le pouls est à 80 pulsations.

Le 31, la nuit a été bonne, et le malade a dormi un peu. Il n'y a pas de céphalalgie, pas de fièvre; il n'y a ni rougeur ni douleur au niveau de la plaie.

Le 1er juin, l'état général est toujours très-bon. La paralysie faciale, qui n'occupait d'abord que la partie inférieure, occupe maintenant toute la hauteur. Les paupières ne peuvent plus recouvrir que très-incomplétement le globe oculaire.

Le 2, le pus s'amassant vers la partie déclive de la plaie, M. Demarquay est obligé de faire une contre-ouverture en ce point.

Le 3, la peau est bien appliquée contre les parties profondes, et contracte des adhérences dans tous les points.

Le 5, on enlève les points de suture. Les bords de la suture ne sont pas réunis; mais, comme je l'ai dit, la peau étant fixée aux parties profondes, il ne reste plus qu'une plaie linéaire correspondant à la section.

Le 9 juin, le malade est très bien; il est levé toute la journée. La paralysie des paupières semble moins considérable. Enfin la plaie se cicatrise rapidement.

Tumeur parotidienne. — M. BAUCHET présente une tumeur de la région parotidienne qui a été enlevée par M. Velpeau sans section du nerf facial. Cette tumeur, de la grosseur d'une noix, est formée par un noyau fibro-cartilagineux. M. Bauchet, en la disséquant, a trouvé un canalicule salivaire qui s'y rendait; il donne cette tumeur comme un exemple d'hypertrophie de la parotide dans laquelle s'est développé un noyau cartilagineux.

Ostéosarcome du bassin. — M. SISTACH, médecin aide-major au 12e de ligne, présente une pièce d'*ostéosarcome du bassin*, et en communique en même temps l'observation.

Paubez (Célestin), fusilier au 7e de ligne, âgé de vingt-trois ans, n'ayant jamais été malade, arrive en Crimée en janvier 1855.

Le 7 juin, à l'attaque du mamelon Vert, il reçoit, surtout sur la cuisse gauche, une grande quantité de pierres et de terre projetées par l'explosion d'une bombe. Deux jours après, douleurs très-vives à la racine du membre inférieur gauche, rendant la marche de plus en plus difficile et obligeant bientôt après le malade à fléchir la jambe sur la cuisse. Six mois après, apparaît vers le point douloureux, à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche, une tumeur nettement circonscrite, indolore, s'accroissant insensiblement. Dès cette époque, le malade doit renoncer à prendre la position assise.

Le 24 juillet 1856, ce soldat, évacué d'Orient, entre à l'hôpital militaire de Toulon.

La circonférence du membre au niveau de la tumeur est de 0,54 c.

Dans les premiers jours d'octobre, trois ponctions exploratrices sont pratiquées à quelques jours d'intervalle, et donnent issue à du sang liquide, artériel, très-riche en fibrine. Le malade ressentait à cette époque, avant même les ponctions exploratrices, des douleurs lancinantes, continues, qui de jour en jour devenaient plus inteuses et déterminaient une insomnie continuelle.

Le 11 octobre, ligature de la fémorale au-dessus de l'origine de la fémorale profonde; après cette opération, les douleurs lancinantes disparaissent; mais la tumeur, qui est devenue plus dure, ne diminue point.

Le 6 décembre, la circonférence du membre et de la tumeur est de 0,66 cent.

Le 22, on constate un accroissement de 0,04 c.; la tumeur, à cette époque, gagne la face postérieure et supérieure de la cuisse; il y a tension extrême de la peau et imminence d'une rupture prochaine, refroidissement du membre, engorgement des ganglions de l'aine, réapparition des douleurs lancinantes, perte d'appétit et de sommeil. A l'auscultation, on constate d'une manière très-passagère, tantôt un bruit de souffle, tantôt un bruit de sifflet, mais à la condition d'appliquer le stéthoscope au niveau du ligament de Fallope.

Le 23, à la suite d'une consultation, ponction évacuatrice de la tumeur à l'aide d'un trocart à hydrocèle; on retire 150 grammes de sang artériel, qui se coagule aussitôt. Les douleurs lancinantes disparaissent de nouveau; mais la diarrhée se montre dès le jour même de l'opération pour ne plus cesser. La tumeur, dont la ponction évacuatrice avait déterminé l'affaissement, n'a plus offert de changement. Le malade s'est de plus en plus affaibli jusqu'à sa mort, qui a eu lieu le 16 février 1857. Quelques jours auparavant, il y avait eu recrudes-

cence de la diarrhée et réapparition de douleurs pongitives, profondes, plutôt que lancinantes.

Autopsie. — Les muscles couturier, droit interne et adducteurs sont indépendants de la tumeur. Celle-ci ressemble à un kyste bilobé supérieurement, de forme ovoïde, à grosse extrémité adhérente à toute la face externe du pubis; en dehors, la tumeur gagne le fémur, auquel elle adhère dans son cinquième supérieur, et qui présente une fracture de la base du col et une fracture du grand trochanter; elle s'avance en arrière de la cavité cotyloïde et vient contracter des adhérences sur la surface osseuse qui est comprise entre la grande échancrure sciatique et le bord postérieur de la cavité articulaire. En dedans, la tumeur se confond avec la branche descendante du pubis, proémine sous la symphyse pubienne et s'avance dans la cavité abdominale, dont elle remplit en partie le petit bassin. La portion extra-abdominale se divisait en deux lobes, l'un interne et l'autre externe, et la portion intra-abdominale présentait deux lobes superposés et adhérents.

Leur structure, en général, se compose d'un tissu cellulo-vasculaire emprisonnant dans ses mailles une matière rougeâtre qui était d'autant plus foncée, plus molle et plus friable qu'on se rapprochait du centre de chaque lobe. Du reste, chaque lobe offrait au centre un foyer sanguin constitué par du sang liquide et des caillots fibrineux. Deux coupes obliques pratiquées sur les deux os iliaques permettent d'extraire la tumeur du bassin. Voici une indication sommaire des lésions trouvées dans tout le système osseux :

Os iliaque gauche. — Le tissu osseux de la branche horizontale du pubis est remplacé par un tissu rougeâtre renfermant au centre un foyer de bouillie épaisse, sanguinolente; le ligament inter-articulaire de la symphyse pubienne est intact; le trou obturateur n'existe plus. L'arrière-fond de la cavité cotyloïde est envahi par la tumeur, tandis que le cartilage articulaire est respecté. La masse de tissu spongieux qui forme le rebord saillant situé en avant de la grande échancrure sciatique et en arrière de la cavité cotyloïde est remplacée par une cavité anfractueuse renfermant une matière d'un jaune pâle, qui ne se délaye pas dans l'eau. Au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure existe un foyer hémorrhagique. Dans toute son étendue, l'os iliaque présente une surface grenue, sanguinolente, et des cloisons fragiles qui circonscrivent de larges aréoles remplies de sang noirâtre.

L'*os iliaque droit* présente à peu près les mêmes altérations : ainsi absorption du tissu osseux de la branche horizontale du pubis, apparition sur l'arrière-fond de la cavité cotyloïde d'une tumeur qui renfer-

mait de la bouillie sanguinolente, cavité anfractueuse et matière enkystée sur le rebord saillant qui limite en arrière la cavité cotyloïde ; enfin, foyer hémorrhagique sur l'épine iliaque postéro-supérieure, et dans toute l'étendue de l'os tissu raréfié, très-mou, infiltré de sang.

Sacrum. — Il est réduit dans ses deux tiers inférieurs à la gouttière médiane, constituée par la lamelle osseuse, qui forme la paroi postérieure du canal sacré. La base du sacrum renferme trois kystes hémorrhagiques, et partout un tissu vasculaire et raréfié. La *cinquième vertèbre lombaire* présente un kyste hémorrhagique dans le corps de la vertèbre et un deuxième kyste dans l'intérieur de la masse apophysaire, qui comprend les apophyses transverse et articulaire supérieure du côté gauche.

La quatrième lombaire offre deux kystes hémorrhagiques dans le corps de la vertèbre.

La troisième lombaire renferme un kyste qui occupe toute la hauteur du corps de la vertèbre.

Les deuxième et première vertèbres lombaires et la douzième vertèbre dorsale présentent aussi un kyste hémorrhagique, qui est toujours constitué par une substance pulpeuse d'un blanc plus ou moins rosé, et renfermant au centre des caillots fibrineux et du sang liquide.

Nulle part les cartilages intervertébraux n'ont présenté aucune altération. Les autres vertèbres ne présentaient pas de kyste hémorrhagique ; mais leur tissu spongieux était très-vasculaire et plus raréfié qu'à l'ordinaire ; du reste, ces lésions diminuaient progressivement à mesure qu'on arrivait à des vertèbres situées plus supérieurement.

Fémur gauche. — La continuité du fémur était interrompue un peu au-dessous du bord inférieur du grand trochanter ; celui-ci, détaché du col du fémur, ne lui est adhérent que par son bord postérieur. De l'angle supérieur et antérieur du trochanter part une fracture qui, se dirigeant obliquement en haut et en dedans, vient aboutir au cartilage d'encroûtement dont elle suit tous les contours.

Le canal médullaire, d'un diamètre variable, rempli par une substance molle, lie-de-vin, adhérente et résistant au lavage, présente de distance en distance des excavations qui renferment une matière pulpeuse, lie-de-vin, qui englobe un foyer hémorrhagique. Les vaisseaux du canal médullaire sont plus dilatés et plus nombreux qu'à l'état normal. Enfin, on observait dans le canal médullaire des plaques de matière jaune-safrané.

Tous les os des deux membres inférieurs présentaient, à peu de différence près, les mêmes altérations.

Dans les condyles des fémurs et des tibias se remarquaient des colorations sanguines, qui ont disparu par la macération pour faire place aujourd'hui à une exsudation jaune-safrané.

Névrome. — M. CHASSAIGNAC avait présenté, dans la séance du 1er avril 1857, un malade atteint de tumeurs multiples, et qui fut de la part de la Société de chirurgie l'objet d'une discussion approfondie.

La disposition de plusieurs de ces tumeurs sur le trajet des principaux nerfs du membre supérieur droit avait fait penser à l'auteur de la présentation qu'il s'agissait d'un de ces cas de névromes très-multipliés, analogues à ceux qui ont déjà été présentés à la Société par M. Houel.

Celle qui siégeait sur le trajet du nerf radial ayant été extirpée à cause des douleurs intolérables dont elle était devenue le siége, on a été à même de constater la nature de la lésion.

Il s'agit bien d'un véritable névrome développé au milieu des cordons nerveux du nerf radial, et constitué par une matière fibroïde ou fibro-plastique. La pièce relative à cette tumeur est présentée à la Société et remise à M. Houel, avec prière d'en faire un examen spécial.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 17 juin 1857.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeurs du cou. — M. GUERSANT présente deux enfants affectés de tumeurs du cou.

Le premier, âgé de dix-neuf mois, portait, au moment de sa naissance, une tumeur située vers l'angle de la mâchoire du côté gauche. Cette tumeur s'est beaucoup étendue, et occupe maintenant une partie de la région parotidienne et la moitié de la région sus-hyoïdienne. Elle est molle, si ce n'est dans quelques points, où l'on trouve des noyaux durs, fluctuante, dépressible par la pression; elle se gonfle et durcit pendant les cris de l'enfant.

M. Guersant pense qu'il s'agit d'un kyste multiloculaire.

Le deuxième enfant présente deux tumeurs molles, sans fluctuation, dépressibles, situées derrière les clavicules, qu'elles débordent un peu en avant. Ces tumeurs ont paru il y a trois ans, à la suite de la coqueluche. La ponction exploratrice n'a rien donné.

M. MOREL-LAVALLÉE regarde les tumeurs du deuxième malade comme des lipomes en grappe, attendu qu'en les pressant il y a senti le léger froissement caractéristique de ce genre de tumeurs. La tumeur congéniale et fluctuante que présente l'autre enfant est un kyste en grappe; elle offre un léger frémissement à la percussion. Le gonflement de cette tumeur pendant les cris lui paraît tenir à la tension des muscles qui la soulève. Il ne pense pas que cette tumeur soit pourvue de vaisseaux, ni qu'elle ait des communications avec les organes intérieurs.

M. VERNEUIL trouve dans la première tumeur de la mollesse, mais non pas une fluctuation réelle. Il pense que ce pourrait être un kyste multiloculaire peu rempli, à parois de consistance variable, dans lequel le liquide se déplacerait facilement. Il fait observer que le gonflement ne s'accompagne pas seulement de tension, mais que pendant les cris on voit se développer quatre ou cinq lobes qui ne sont pas apparents dans l'état de repos. Cette circonstance s'expliquerait très-bien en admettant que la tumeur communique avec des cavités intérieures.

M. Verneuil se demande si cette tumeur ne renfermerait pas des cavités veineuses considérables. Par son aspect, elle ressemble aux tumeurs qui ont été décrites par Hawkins, Virelay et M. Lorain; seulement ces dernières se gonflaient moins pendant les cris. En définitive, le diagnostic lui paraît fort incertain.

Pour le deuxième malade, M. Verneuil se demande si, malgré l'opinion de M. Morel, ces tumeurs, qui sont survenues à la suite de la coqueluche, ne seraient pas des pneumocèles. En effet, ces tumeurs, lorsqu'on les presse, donnent une sensation de craquements secs; elles se sont développées derrière les clavicules, où l'on peut encore les réduire; enfin, elles sont soulevées dans les efforts de toux.

M. MOREL-LAVALLÉE persiste dans son diagnostic.

M. VOILLEMIER pense que les trois tumeurs présentées par M. Guersant sont des tumeurs érectiles veineuses. Pour le premier malade il conseillerait l'emploi d'un appareil compressif et plus tard la cautérisation.

MM. PRETERRE et FOWLER présentent trois appareils prothétiques, dont les deux premiers pour remédier à la difformité résultant d'abla-

tions du maxillaire supérieur, et le troisième pour remplacer une partie du bord alvéolaire du maxillaire inférieur qui a été enlevé.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU.

La Société procède au renouvellement de son bureau.

M. Bouvier est nommé *président* à l'unanimité moins une voix.

Vice-président, M. Deguise.

Secrétaire, M. Richard.

Vice-secrétaire, M. Broca.

Comité de rédaction : MM. Broca, Morel-Lavallée, Laborie.

A quatre heures et demie la Société se constitue en comité secret.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 24 juin 1857.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Alexander B. Motts. *Surgical operations*, série n° 1 ;

E. Foucher. *Mémoire sur les kystes de la région poplitée ;*

Bulletin de la Société des hôpitaux de Paris, 3ᵉ série, n° 6 ;

Trois numéros de la *Gazette des Hôpitaux ;*

Trois numéros du *Moniteur des Hôpitaux ;*

Gazette médicale de Strasbourg, 17ᵉ série, n° 6 ;

Gazette hebdomadaire de médecine.

RAPPORTS.

M. VERNEUIL commence la lecture de la seconde partie de son rapport sur les travaux de M. Arlaud.

Le second travail de M. Arlaud est beaucoup plus important ; il renferme le récit d'une lésion traumatique de la verge, suivie d'une fistule urinaire, qui fut heureusement guérie par l'autoplastie. Quoique les observations de ce genre commencent à se multiplier (1), elles pré-

(1) J'en ai à ce jour rassemblé plus de quarante éparses dans les recueils et les monographies. Le nombre serait quadruplé si l'on comptait les insuccès sur lesquels il n'existe presque aucun détail.

sentent un très-grand intérêt en raison de l'incertitude qui règne encore sur plusieurs points importants de la cure de ces lésions. L'auteur a rédigé une observation très-prolixe. Je ne songe pas à lui en faire un reproche; je me suis permis toutefois d'en châtier le style, et d'en retrancher quelques détails peu utiles et qui ne servent qu'à donner à ce fait une authenticité complète : c'est ainsi que je passe sous silence les documents tirés des débats judiciaires pour me renfermer dans la question chirurgicale.

L'histoire de l'uréthroplastie n'est point faite encore. Quoique j'aie rassemblé à cette occasion à peu près tous les matériaux suffisants pour exposer l'état de la science, je compte seulement ajouter ici quelques commentaires, mais non traiter à fond la question, car je me trouverais entraîné bien au delà des limites d'un simple rapport.

Obs. — *Plaie de la verge par instrument tranchant. — Solution de continuité complète de l'urèthre avec écartement des deux bouts. — Fistule urinaire. — Autoplastie. — Guérison.*

P. R..., trente-neuf ans, tisserand, du hameau de la Bourdonnerie près Muron (Charente-Inférieure), rendit visite, le 1er avril 1853, dans la soirée, à une femme avec laquelle il avait eu autrefois des relations. Cette femme, délaissée, nourrissait des projets de vengeance; elle provoqua un nouveau rapprochement sexuel, et, lorsque la copulation allait commencer, elle s'arma d'un instrument bien tranchant, et en porta un coup rapide et violent sur la base du pénis alors en érection : il en résulta une large plaie intéressant au moins les deux tiers du fourreau de la verge, le corps caverneux gauche et presque la moitié du corps caverneux droit, l'urèthre enfin dans toute son épaisseur. Les vaisseaux dorsaux de l'organe, l'artère caverneuse gauche furent divisés. La section porta à 1 centimètre en avant du pubis et de la racine des bourses. La partie antérieure du membre viril ne tenait plus que par un pédicule composé de la peau épargnée et de la moitié du corps caverneux droit, muni probablement de son artère restée intacte.

L'attentat avait eu lieu à neuf heures du soir, dans une écurie, sans témoins et dans l'obscurité. Le blessé, pour éviter tout scandale, ne proféra aucun cri, et se traîna avec peine jusqu'à son domicile, qui était proche, non sans inonder de sang la courte voie qu'il avait à parcourir. Le docteur Dobreski, appelé sur-le-champ, constata une hémorrhagie considérable, qui résista aux hémostatiques employés et ne s'arrêta que par suite d'une syncope qui dura plus de deux heures, pendant lesquelles on crut la vie éteinte pour toujours.

Cependant, sous l'influence de quelques cordiaux, le malheureux, pâle, froid, immobile, revint lentement à lui, et put fournir les détails énoncés plus haut.

Le docteur Jossand (de Rochefort) vit le blessé le lendemain et le trouva fort affaibli; la verge était ecchymosée, froide, très-gonflée, insensible au toucher, presque complétement détachée du pubis. L'hémorrhagie était arrêtée par de gros caillots remplissant la large brèche comprise entre les lèvres et les bords rétractés de la plaie. En présence d'un cas si grave, la question de la section complète de la verge fut posée et heureusement résolue par la négative. La réunion, qui ne paraissait pas devoir aggraver l'état du blessé, fut tentée; on débarrassa la plaie des plus gros caillots, et l'on alla à la recherche des vaisseaux, mais sans succès. On ne fut pas plus heureux en cherchant l'orifice du segment postérieur de l'urèthre au moyen d'une sonde introduite par le méat urinaire ou directement dans la plaie. On se contenta de pratiquer une suture à points séparés, qui rapprocha les téguments et coapta plus ou moins exactement les deux bouts des corps caverneux et de l'urèthre.

Cette première opération eut des conséquences singulières : si on compare la verge à la diaphyse d'un os long fracturé, l'urèthre représentant le canal médullaire, on pourra assimiler le résultat obtenu à une consolidation vicieuse, telle qu'elle survient lorsqu'il y a déplacement suivant l'axe ou par rotation d'un fragment sur l'autre. En d'autres termes, pour employer encore une expression usitée dans les fractures, la *coaptation* ne fut pas exacte. Quoique les parties similaires ne fussent pas mises en contact, la réunion des deux parties du pénis s'opéra, mais de telle façon que la verge se tordit sur elle-même et que le gland regarda l'abdomen par sa face inférieure qui porte le frein du prépuce. Sans doute la portion restante des corps caverneux fut tordue sur son axe; toujours est-il que le raphé médian décrivait une ligne spirale successivement inférieure, gauche et supérieure.

La cicatrisation isolée de la peau entraîna la cicatrisation isolée des bouts du corps caverneux et l'écartement des deux bouts de l'urèthre. L'orifice du segment antérieur s'oblitéra au niveau de la solution de continuité. Cette réunion défectueuse et ces changements de direction mirent plusieurs jours à s'effectuer; ils reconnaissaient pour cause l'impossibilité où l'on s'était trouvé de placer primitivement une sonde dans le canal de l'urèthre. Car il est facile de comprendre que si cette sonde avait pu dès le début être conduite jusque dans la vessie, le tissu inodulaire, les bourgeons charnus exubérants qui se formèrent,

auraient eu tendance à oblitérer la fistule, et la guérison eût pu avoir lieu par le fait seul du rétablissement des rapports normaux entre les parties.

Quoi qu'il en soit, le malade vécut pendant deux mois avec une dysurie si intense, qu'il ne pouvait jamais vider complétement sa vessie par l'ouverture rétrécie du segment postérieur du canal. Depuis l'accident, le méat urinaire n'avait pas donné passage à une seule goutte d'urine; la miction devenant de plus en plus difficile, et la rétention menaçant de devenir complète, le malade vient à Rochefort, le 29 mai, réclamer les soins de M. Arlaud, qui constate les particularités suivantes :

Une cicatrice, située au-devant du pubis et du scrotum, occupe plus de la moitié de la circonférence de la verge; à son centre, sur le raphé, existe un mamelon fongueux, du sommet duquel suinte sans cesse, et goutte à goutte, une urine limpide. L'hypogastre est soulevé par la vessie distendue. Quand le besoin d'uriner devient pressant, les muscles abdominaux se contractent violemment; la face devient anxieuse; un jet d'urine filiforme, dirigé en bas et à gauche, s'échappe du mamelon, et pendant ce temps, la partie du canal situéo en arrière se gonfle par l'accumulation de l'urine dans une poche supplémentaire formée aux dépens du scrotum.

En explorant la verge avec un instrument piquant, on reconnaît que la sensibilité est abolie dans toute la moitié gauche de l'organe, le gland compris, et exaltée au contraire dans la moitié droite et derrière la cicatrice. Les testicules sont aussi volumineux, aussi résistants, que chez tout autre homme dans la fleur de l'âge, et cependant il n'y a eu depuis l'accident ni érection ni éjaculation.

Le malade, fatigué par le voyage, est amaigri, très-souffrant, décidé à tout pour se débarrasser d'un mal qui, suivant ses propres expressions, le conduira au *désespoir* et à la *mort*.

La première indication est de remédier à la rétention d'urine, de vider la vessie; trois moyens se présentaient :

1° Le cathétérisme par le méat urinaire ;

2° Le cathétérisme par le trajet fistuleux ;

3° La boutonnière périnéale.

Le premier fut abandonné, parce que, après quelques essais, on reconnut l'oblitération de l'urèthre sur la lèvre antérieure de la plaie du pénis ; quant au troisième, il aurait compliqué la lésion d'une nouvelle ouverture uréthrale avec le cortége d'accidents qui pouvaient la suivre.

On chercha donc à introduire dans le moignon pubien de la verge et par le pertuis d'où sortait l'urine, un stylet à panaris. Poussé avec une certaine force, cet instrument pénétra dans un cul-de-sac, c'est-à-dire dans la poche supplémentaire dont il a été parlé plus haut. Cette dilatation fut ouverte largement avec le bistouri, un petit flot d'urine s'écoula. Lorsque le sang fut arrêté et la plaie épongée, on retrouva sans peine l'orifice uréthral, ce qui permit de conduire dans la vessie une sonde flexible nº 11. Le malade, qui avait grande frayeur du sommeil anesthésique, n'avait pas voulu être endormi. L'évacuation de la vessie lui causa beaucoup de satisfaction, il voulait en rester là; cependant comme sa pusillanimité faisait craindre qu'il ne refusât toute autre opération, M. Constantin, chirurgien en chef de la marine, et M. Arlaud, se décidèrent à terminer de suite la restauration uréthrale.

Voici comment on procéda : une sonde, introduite par le méat, fut poussée jusqu'au cul-de-sac qui terminait en arrière le segment antérieur de la verge, et confiée à un aide chargé de presser sur le pavillon. Ce bout du canal était couvert de fongosités; elles furent excisées avec le bistouri et les ciseaux; on put alors sentir le bec de la sonde à travers une couche résistante et assez épaisse de tissu inodulaire, et le mettre à nu au moyen d'une incision longitudinale. En appuyant sur le pavillon, on fit parcourir à cette sonde toute l'étendue de la plaie jusqu'à ce qu'elle rencontrât la première sonde flexible, introduite préalablement dans le bout supérieur, comme il a été dit plus haut. Cette dernière, ayant été retirée avec précaution, fut heureusement remplacée par la première, qui dès lors traversa tout le canal, depuis le méat jusque dans la vessie.

Voici maintenant dans quel état étaient les choses : le canal était parcouru dans toute son étendue par une sonde flexible nº 11, il était interrompu au-devant du scrotum par une plaie avec perte de substance, mais récente, saignante, sans autre complication qu'un rétrécissement correspondant au cul-de-sac uréthral antérieur, qui venait d'être incisé. Cette première difficulté vaincue, il fallait oblitérer la plaie, rétablir la solution de continuité, combler la perte de substance, car la section de l'urèthre ayant été complète, ses deux bouts s'étaient rétractés, et en ce moment étaient distants de plus de 2 centimètres. Le plus grand obstacle à la réunion résidant dans le contact de l'urine avec les plaies saignantes, il fallait prévenir ce contact, quel que fût le procédé employé.

Assisté de MM. Constantin, Drouet, et en présence de plusieurs

officiers de santé et étudiants, M. Arlaud procéda de la manière suivante :

Un premier lambeau fut taillé aux dépens du fourreau de la verge, à l'aide de deux incisions longitudinales parallèles à l'axe de l'urèthre, et distantes du raphé de 2 centimètres environ ; on disséqua le lambeau en lui conservant toute l'épaisseur possible, et on le détacha dans l'étendue de 2 centimètres. Son bord adhérent était situé vers le gland, son bord libre vers la plaie uréthrale.

Un deuxième lambeau plus étendu fut emprunté au scrotum à l'aide de deux incisions parallèles au raphé, et à 2 centimètres de ce raphé. On le disséqua jusqu'à ce qu'il dépassât aisément le bord libre du premier ; puis on aviva son bord antérieur aux dépens de la face cutanée qui devint ainsi saignante dans une assez grande étendue. Pour effectuer la réunion, le lambeau scrotal fut attiré vers l'ouverture uréthrale qu'il dépassait. Le lambeau antérieur fut appliqué par-dessus le biseau saignant du précédent, et sa coaptation fut assurée au moyen d'une serre-fine et de quatre points de suture entortillée.

Ainsi c'est la méthode française ou par glissement qui a été employée ; mais au lieu d'un simple *affrontement*, il y a eu *chevauchement* des lambeaux. Le procédé suivi a donc été une variété de la méthode que M. Roux (de Brignolles) a employée dans une fistule aérienne sous le nom d'*autoplastie à doublure*, ou *à double plan de lambeaux* (1).

Deux heures après l'opération, l'envie d'uriner se fit sentir ; la verge fut inclinée à gauche ; la sonde débouchée, l'urine sortit du méat à plein jet et sans mouiller l'appareil.

Le 30 mai, la sonde est fortement serrée par le canal au niveau de la suture. Quelques gouttes échappées de l'extrémité de la sonde à la fin de l'excrétion ont imbibé les pièces du pansement. Infiltration légère du prépuce et du scrotum, pas de fièvre, diète, pansement à l'eau fraîche, onctions huileuses sur le scrotum.

Le 31, apparaît un peu de fièvre avec frisson et ténesme vésical ; le calme revient dans la nuit suivante, l'urine filtre en petite quantité dans l'intervalle des deux épingles les plus rapprochées du raphé. La serre-fine est enlevée. Bouillon léger, lavement salin suivi d'une selle abondante et ovillée.

Le 2 juin, ablation de deux épingles, l'une d'elles implantée dans le corps caverneux gauche avait déterminé une petite hémorrhagie. Le

(1) **Lettre à M. Jobert (de Lamballe) sur une nouvelle méthode d'autoplastie. Marseille, 1850.**

malade est tourmenté par des ardeurs uréthrales et du ténesme anal ; il existe un peu d'uréthrite, un peu de pus suinte par le méat, une petite quantité d'urine s'écoule par la plaie ; le scrotum est souple, légèrement excorié à gauche. Potage, eau vineuse.

Le 3, céphalalgie, insomnie, fièvre. L'écoulement de l'urine se fait toujours par le méat et la sonde, il n'en passe pas davantage par la plaie : Onctions huileuses sur toutes les parties génitales, pour les soustraire à l'action irritante de l'urine. Les accidents généraux augmentent le lendemain, et cependant l'état local est des plus satisfaisants. Les deux dernières épingles étant enlevées, la réunion des deux lambeaux entre eux est complète. L'urine ne s'écoule plus par la plaie, elle sort du méat par un jet fort, plein, non contourné. Lavement salin, selle ovillée.

Le 5, anorexie, soif vive, langue sèche, frisson suivi de chaleur et de sueurs; 0,80 de sulfate de quinine, soupe, eau vineuse. Le lendemain, douleur intense vers la région membraneuse et le col de la vessie, douleurs dans les articulations fémoro-tibiales. Limonade tartrique émétisée. Les symptômes se calment dans la journée du 7. M. Arlaud *attribue ces accidents au contact de la sonde*. Le passage des urines détermine dans le canal une sensation de brûlure.

Le 8, l'état général est bien meilleur, le pouls est calme, il ne s'écoule point d'urine par la fistule, un petit décollement existe vers le milieu du lambeau scrotal, on cautérise avec le nitrate d'argent ; des bourgeons charnus paraissent sur tout le trajet de la cicatrice, l'urine coule aisément par la sonde, et aussi entre le méat et cette sonde, car son calibre est insuffisant pour donner passage à la colonne fluide poussée par la contraction de la vessie. Cautérisation de la plaie, régime sévère.

Le 10, deux selles diarrhéiques ; une petite quantité d'urine a passé par le point où le lambeau scrotal présente un léger décollement. Le malade se plaint d'un frottement pénible exercé par la sonde sur les parois du canal. M. Arlaud, craignant la rupture de cet instrument, songe, le 12, à le retirer. Le malade urine immédiatement à plein jet. La sonde est inégale, dépolie, incrustée de sels calcaires ; l'enduit qui la recouvre est détruit en plusieurs points et laisse voir la trame, surtout dans le point correspondant à la solution de continuité uréthrale. Sa cavité est presque entièrement effacée par des grumeaux de fibrine et de mucus épaissi.

La rupture de cette sonde, qui était en permanence depuis treize jours, était imminente ; elle aurait eu lieu infailliblement les jours sui-

vants ; on pouvait la craindre pendant l'extraction , car l'instrument était étroitement embrassé par le tissu inodulaire. L'accident n'eut pas lieu heureusement ; mais le chirurgien ayant prévu sa possibilité, avait disposé des moyens ingénieux pour y porter sur-le-champ remède.

Une nouvelle sonde de moyen calibre fut replacée, et introduite sans mandrin, pour ménager plus sûrement la virole inodulaire ; elle buta d'abord contre une sorte d'anneau résistant, qu'elle ne tarda pas à franchir ; on glissa alors dans sa cavité un mandrin courbe, bien huilé, qui la conduisit jusque dans la vessie. Ce temps, qui avait causé quelques appréhensions, fut donc exécuté sans encombre.

Le 14 août, survint une selle sans lavement. Pendant les efforts , la sonde est violemment expulsée de la vessie et de l'urèthre. L'urine a coulé à plein canal. Le malade, effrayé, replace lui-même la sonde sans difficulté. Le lendemain, accès de fièvre de trois heures. La sonde est retirée à onze heures du soir ; les douleurs articulaires cèdent complétement , et le malade, pour la première fois depuis l'opération , dort, pendant le reste de la nuit, jusqu'à sept heures du matin.

Les jours suivants, le malade retire et replace plusieurs fois sa sonde avec facilité ; il quitte Rochefort le 17. On lui recommande de se sonder deux fois par jour avec une sonde n° 12, qu'il gardera à chaque séance une heure en place dans le canal.

Le 20 juin, l'autorité judiciaire demande un rapport sur l'état actuel du blessé , sur les opérations qu'il a subies, et sur la possibilité et l'impossibilité future de l'acte générateur. MM. Constantin et Arlaud se rendirent au village habité par le malade , et constatèrent les particularités suivantes : la moitié gauche du gland et du fourreau de la verge sont insensibles à la piqûre , il n'y a pas encore eu d'érection , mais simple turgescence par hypostase, quand la verge est abandonnée à son propre poids. La cicatrice est solide ; mais le petit pertuis fistuleux donne toujours issue à une petite quantité d'urine. Pour éviter qu'elle ne souille le scrotum le malade met le doigt sur l'orifice fistuleux lorsqu'il veut vider sa vessie. Le moral est meilleur. Une épingle est passée sous les lèvres du pertuis, qu'on cautérise profondément avec un crayon aigu de nitrate d'argent ; il en résulte un gonflement assez considérable, qui pendant deux jours gêne l'introduction de la sonde.

Le 24, l'épingle est tombée seule.

Le 25, il ne passe plus d'urine par la fistule, et il n'en est pas passé depuis. La guérison définitive a donc eu lieu en moins d'un mois.

Le malade urine avec facilité ; il existe toutefois un rétrécissement

qui devra être combattu quelques mois encore par l'emploi des bougies.

Le 30 octobre, le malade, venu à Rochefort à pied, a été vu par MM. Constantin, Jossic et Arlaud. La sensibilité était revenue sur toute l'étendue du fourreau de la verge et du gland. L'enfoncement qui existait au niveau de la section des corps caverneux était comblé ; il y a eu trois pollutions. Un pertuis d'une finesse extrême, à travers lequel passe un poil, laisse suinter quelques gouttes d'urine ; le poil est arraché, le pertuis cautérisé. Le malade regagne à pied sa résidence.

Le 15 décembre, nouvel et dernier examen. La fistule est complétement oblitérée ; l'urine coule en un jet continu, magnifique. La piqûre faite avec une épingle est sentie dans toute l'étendue du gland et de la verge ; la cicatrice est à peine appréciable. Le malade a eu encore deux pollutions ; il raconte avec une satisfaction marquée qu'il a eu avec sa femme les rapports sexuels les plus complets.

Telle est l'observation remarquable que M. Arlaud a communiquée ; il l'a fait suivre de deux ordres de remarques : les unes historiques, les autres relatives à la médecine légale. Je vais m'arrêter quelques instants sur ces deux points. N'ayant à sa disposition qu'une bibliothèque restreinte, notre confrère n'a pu consulter ni tous les auteurs qui se sont occupés de cette question ni le texte original de tous ceux qu'il cite. Il a emprunté ses documents historiques à Vidal (de Cassis), à MM. Jobert, Reybard, dont les ouvrages ne donnent sur l'uréthroplastie que des renseignements tout à fait incomplets, sinon erronés. Les noms de MM. Ségalas et Ricord ne sont cités qu'en passant, et l'auteur ne paraît pas connaître les détails de leurs remarquables observations. Astley Cooper, Earle, Delpech et Dieffenbach eux-mêmes ne sont pas mentionnés.

Ce n'est point un reproche sévère que j'adresse ici à M. Arlaud, qui sans doute n'a pu mieux faire ; d'ailleurs, il n'a invoqué l'autorité des anciens que pour rappeler que les fistules péniennes étaient regardées autrefois comme incurables, et celle des modernes, que pour indiquer combien avaient été laborieuses les cures consignées dans les annales de l'art. Je passe donc rapidement sur la partie historique du travail, beaucoup moins satisfaisante que le fait lui-même.

La question de médecine légale est plus intéressante, car elle fournit des notions utiles sur le pronostic ultérieur des plaies de la verge, et sur les bénéfices immenses des restaurations autoplastiques.

La justice demandait des détails sur l'état de la blessure, sur son étendue, sur l'agent vulnérant, etc. L'observation précédente renferme les réponses nécessaires, mais on voulait savoir encore :

1° Quelles seraient les suites de la lésion ?

2° Si elle priverait, oui ou non, le blessé de l'usage des organes de la génération?

Quelques considérations physiologiques sont indispensables pour la solution de ce double problème. Les usages de la verge sont de plusieurs ordres :

1° Elle donne passage à l'urine. Si cette excrétion est arrêtée, la mort survient. Or, l'opération a rétabli l'émission de l'urine.

2° Elle donne passage au sperme nécessaire à la propagation. La cessation de cette excrétion conduit souvent au désespoir et au suicide. Pour le moins, elle cause la stérilité. L'opération a rendu possible l'issue du sperme, soit par pollution, soit par suite d'excitations portées sur divers points de la verge.

3° Le pénis effectue la fécondation par l'acte de la copulation. Le défaut de rigidité de la verge nuit évidemment à ce dernier acte ; mais cependant le canal qui permet l'émission de l'urine, quelque peu rigide qu'il soit tenu par le corps caverneux, pourra servir à diriger plus ou moins profondément le sperme dans le conduit vulvo-vaginal. M. Arlaud, qui faisait ces réflexions peu de temps après l'opération et la guérison, ignorait encore, à cette époque, ce qu'il apprit plus tard; c'est-à-dire que la faculté de copuler avait été rendue au blessé. Il répondit donc à la justice de la manière suivante :

P. R... a reçu à la base de la verge une blessure faite avec un instrument bien tranchant.

Cette blessure a compromis une première fois la vie par l'hémorrhagie immédiate; puis une seconde fois par la rétention d'urine.

Une opération chirurgicale a rétabli le cours de l'urine et rendu possible l'excrétion du sperme par le méat. L'acte de la copulation sera toujours imparfait. La fécondation n'est pas impossible, mais elle ne pourra avoir lieu que dans des circonstances insolites, exceptionnelles.

On a vu comment le temps a modifié le pronostic grave que le chirurgien avait porté sur l'avenir de l'acte reproducteur !

Jusqu'à ce moment, Messieurs, votre rapporteur s'est à peu près borné à la simple narration du fait : il vous demande maintenant à y ajouter quelques remarques. Il constate tout d'abord que l'observation est complète et qu'elle prendra un rang honorable parmi celles que la science possède déjà sur l'anaplastie uréthrale. Il serait à désirer que toutes celles qui serviront à écrire l'histoire de l'uréthroplastie fussent aussi explicites, ce qui n'a pas lieu par malheur.

Ceci nous montre encore que de jour en jour la chirurgie étend ses

progrès dans notre pays, et qu'en dehors même des grands centres, on entreprend et l'on mène à bien les opérations les plus délicates. La restauration de l'urèthre a déjà réussi entre les mains de MM. Goyrand (d'Aix) et Gaillard (de Poitiers). M. Arlaud paye à son tour son tribut; il est probable que je pourrais citer un plus grand nombre encore de chirurgiens de la province, si nos confrères ne mettaient pas quelquefois un peu de négligence à publier les faits de leur pratique. Certaines opérations, que les plus grands maîtres s'honoreraient d'avoir conçues et exécutées, sont, après ces éloges mérités, ainsi perdues pour la science et pour la pratique. Entrons dans le sujet. L'étiologie de cette lésion présente quelques particularités intéressantes. Les plaies de l'urèthre par instrument tranchant, pratiquées dans de semblables circonstances, c'est-à-dire pour assouvir une vengeance barbare, ne sont pas très-rares. La plaie peut présenter tous les degrés intermédiaires, depuis une simple division du tégument jusqu'à la séparation complète du pénis. Mais parmi les cas de section incomplète, il en est peu où une lésion aussi étendue et aussi profonde que dans l'observation actuelle ait permis la conservation de l'organe. On comprend donc que les premiers praticiens appelés auprès du blessé, trouvant la verge ecchymosée, froide, presque complétement détachée du pubis, très-gonflée, insensible au toucher, craignant d'ailleurs, sans doute, le retour de l'hémorrhagie et la difficulté du passage des urines, aient pu songer un instant à achever la mutilation. Par bonheur ils ont rejeté cette mesure extrême et se sont conformés au précepte général qui consiste à tenter toujours la conservation des parties incomplétement détachées, quelque mince que soit le pédicule, lorsque cette tentative n'est pas de nature à compromettre ultérieurement la vie et n'entraîne d'autres risques que la non-réussite.

Ici, comme dans bien d'autres cas analogues, l'amputation a été couronnée de succès, et le principe formulé très-nettement par Boyer a été observé. Des difficultés insurmontables se sont pourtant opposées à ce qu'il ait été suivi dans toute sa rigueur : « Avant de procé- » der à la réunion, nous dit le grand chirurgien, il conviendra de lier » les artères du dos de la verge, même celles du corps caverneux, si » elles sont divisées ; ensuite, après avoir placé une sonde de gomme » élastique de gros calibre dans l'urèthre, on réunira la plaie au moyen » de bandelettes agglutinatives (1). »

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, chap. 38, art. 3, § 2, t. VI, pag. 794, Ed. Ph. Boyer.

Des deux précautions indiquées aucune ne put être exécutée. On rechercha vainement les vaisseaux ouverts, et on ne fut pas plus heureux en essayant de retrouver l'orifice uréthral sur la lèvre postérieure de la plaie. Il faut remarquer que, si la ligature et l'introduction de la sonde sont praticables dans une plaie récente, il peut en être autrement quand déjà plusieurs heures se sont écoulées et que l'hémorrhagie est suspendue. Et puisque ce mot est prouoncé, on pourrait s'étonner que chez ce blessé l'écoulement du sang ait été presque mortel et beaucoup plus considérable que dans la plupart des amputations chirurgicales du pénis, si on oubliait que la blessure a été effectuée pendant l'érection, c'est-à-dire au moment où les nombreux vaisseaux artériels et veineux, qui communiquent avec l'organe copulateur, sont dans un état d'éréthisme et de réplétion très-propre à favoriser une perte de sang bien plus abondante que dans l'état de flaccidité. Il suffit, pour apprécier l'influence de cette condition, de jeter les yeux sur l'appareil vasculaire général lorsqu'il est injecté dans les préparations anatomiques (1).

Pour ce qui est relatif à l'introduction de la sonde, la chose est plus difficile qu'on ne le pense, et Vidal, dans son langage familier, trouve qu'on en parle souvent bien à son aise (2).

M. Reybard, de son côté, rapporte une très-belle observation de plaie de la verge intéressant l'urèthre et une portion du corps caverneux au-devant du scrotum. Il ne put parvenir à placer une sonde, ce

(1) Voir les planches de l'ouvrage de Kobelt et les belles préparations qui existent au Musée anatomique de la Faculté. L'hémorrhagie dans les plaies de la verge se fait au moins autant par les corps spongieux, c'est-à-dire par les veines, que par les artères. La ligature de ces dernières n'arrête donc que très-incomplétement l'écoulement sanguin. Aussi A. Bérard ne regarde pas comme indispensable (Dictionnaire en 30 vol., art. *Pénis*, b. 23, p. 432) celle des artères du corps caverneux. La réunion immédiate lui paraît aussi efficace pour obtenir l'hémostase. Les plaies contuses de la verge paraissent moins exposées à l'hémorrhagie ; il résulterait d'une discussion qui eut lieu autrefois à l'Académie de médecine (avril 1825), à propos d'un travail de M. Bernard (de Moulins), que les plaies de la verge par arme à feu n'ont pas été suivies d'hémorrhagies. Je ferai observer que l'organe, dans cette occasion, est dans la flaccidité la plus complète, ce qui concourt avec la cause vulnérante à limiter le flux sanguin. (La discussion académique est résumée en deux ou trois lignes dans les journaux du temps. V. *Arch. générales de méd.*, 1re série, tome VIII, p. 132.)

(2) *Traité de pathologie externe*, tome IV, p. 510, 3e édit., 1851.

qui n'empêcha pas la guérison d'être complète vers la fin de la première semaine (1).

Comment s'étonner d'ailleurs de cette difficulté, puisqu'après certaines amputations de la verge, pratiquées près du pubis, il est quelquefois impossible, dit-on, de retrouver le bout rétracté de l'urèthre, dans une plaie qui est cependant petite, régulière, superficielle, et date à peine de quelques minutes?

Ces deux faits, joints à ceux de plaies longitudinales et d'opérations autoplastiques de l'urèthre, feraient douter de l'utilité de la sonde et surtout de la sonde de gros calibre dans les plaies récentes de la verge. Mais je n'insiste pas sur ce fait, car si j'énonçais complétement ma pensée sur ce point, je serais dans l'alternative de donner un conseil en apparence téméraire, ou d'entrer dans des développements trop considérables pour le moment. En résumé, la sonde aurait sans doute pu être introduite par le praticien qui a vu le blessé quelques instants après l'accident. Cet instrument, fournissant même un point d'appui solide à une compression circulaire, aurait pu servir à l'hémostase plus que les autres moyens qui furent employés sans succès, et qu'on a négligé de nous faire connaître.

Vous voyez, Messieurs, comment la nécessité a fait négliger les préceptes que les livres classiques donnent unanimement avec tant d'assurance, et dont la pratique ne peut pas souvent profiter. Examinons maintenant comment un troisième conseil de Boyer a été volontairement transgressé avec avantage, suivant moi. Tandis que le chirurgien de la Charité se contentait de bandelettes agglutinatives pour réunir les plaies du pénis, MM. Dobreski et Jossand jugeaient à propos d'employer la suture à points séparés, comme M. Reybaud l'avait fait de son côté ; je crois cette pratique bonne. La verge est certainement une des régions où les agglutinatifs s'appliquent le plus mal. La peau, très-mobile sur les couches sous-jacentes, ne fournit pas de point d'appui; la moindre érection dérangerait les bords et détruirait le contact, et la suture seule peut réaliser une coaptation, qui pour l'urèthre au moins exige une grande précision.

En rejetant la suture, Boyer n'a fait, je crois, qu'obéir aux traditions de l'Académie de chirurgie, dont il était l'écho fidèle. La réprobation dont cette savante compagnie avait frappé le plus précieux de tous les modes de réunion immédiate a retenti pendant bien longtemps. Les

(1) *Traité des rétrécissements de l'urèthre*, 1853, p. 67.

protestations de Pibrac, qui s'adressaient plus à l'abus qu'à l'usage de la suture, furent d'abord exagérées par Louis, puis par la majorité des chirurgiens de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci. Beaucoup de malades en ont pâti. Si la suture avait été faite dans le cas si souvent cité de Palluci, on n'aurait pas été obligé de retrancher au dix-septième jour la partie antérieure de la verge, qu'une plaie profonde avait presque entièrement détachée. Les détails de l'observation montrent que l'insuccès doit être attribué surtout à la conduite intempestive qui fut suivie (1).

Contrairement à l'opinion générale, je n'hésiterais pas à faire la suture dans les plaies transversales et profondes du pénis, et je ne considérerais pas cette conduite comme contraire à la *saine chirurgie*, ainsi que le faisait en l'an VIII la Société de médecine tout entière (2).

Les solutions de continuité de la verge empruntent leur principal intérêt à la division de l'urèthre et à ses suites ultérieures. On sait que la direction et l'étendue de la plaie jouent un grand rôle ; nous regrettons donc que l'observation de M. Arlaud manque de détails sur ce point. En revanche, elle mentionne à la suite de cette blessure une réunion vicieuse des plus singulières entre les deux tronçons de l'organe. Au bout de quelques jours, la verge était tordue suivant son axe de manière que la face inférieure du gland regardait directement en avant et que le raphé décrivait une ligne spirale successivement inférieure gauche et supérieure. J'attribue cette rotation à quelque rétraction du tissu inodulaire , car je ne puis accuser le chirurgien d'avoir

---

(1) La plaie intéressait au moins les 4/5es de l'épaisseur du pénis ; elle était verticale, c'est-à-dire perpendiculaire à l'axe du membre. « Il restait » de la peau qui n'avait point été coupée à la partie inférieure, de même » qu'un peu de la circonférence de l'urèthre regardait le scrotum. » *On employa un bandage tout simple* , puis des cataplasmes. Le onzième jour seulement, on tenta l'introduction d'une canule que le malade ne put supporter. On laissa suppurer librement les deux surfaces de la plaie , et il n'est fait mention d'aucune tentative de réunion. Tout porte à croire qu'elle aurait réussi, puisque la vie se continua plus de quinze jours dans la partie antérieure, qu'on se décida à retrancher au dix-septième. Loin d'être défavorable à la réunion immédiate , ce fait démontre qu'elle est indispensable. (V. Pallnci, *Nouvelles remarques sur la lithotomie*, 1750, p. 247.)

(2) *Recueil de la Soc. de méd.* , an VIII, t. 8, p. 116. — Observ. de Marestins : *Uréthroraphie périnéale pour un hypospadias ; succès complet.* Ce qui n'empêche pas le rapporteur anonyme de blâmer l'usage qu'on fit de la suture « contre laquelle s'élève sans cesse la saine chirurgie. (P. 119.)

commis une coaptation aussi bizarre, ou du moins de ne pas s'en être aperçu quand il était temps d'y remédier. Il ne faut pas oublier que la suture portait uniquement sur le fourreau de la verge et que les deux bouts de l'urèthre ne furent pas exactement rapprochés.

Je crois que dans un cas semblable il serait prudent d'embrasser dans l'anse des fils une couche épaisse de tissu et de fournir à la suture le point d'appui solide de l'enveloppe fibreuse des corps caverneux.

Nous ne savons pas quand les sutures ont été enlevées, et surtout, omission plus sérieuse, comment la miction s'est opérée pendant les premiers jours qui ont suivi la réunion. Avait-on laissé au niveau de l'urèthre un hiatus non réuni? ce qui serait peut-être prudent dans une circonstance pareille où l'infiltration serait à craindre.

Dans tous les cas, les deux bouts du canal n'ayant pas été affrontés, la réunion immédiate a fait défaut à leur niveau. Primitivement, et consécutivement sans doute, les deux bouts se sont écartés dans une étendue assez considérable ; de sorte qu'une simple division transversale a eu ici d'abord tous les inconvénients d'une large perte de substance, puis a permis le rétrécissement cicatriciel des deux bouts du canal; rétrécissement qui alla même jusqu'à l'oblitération pour l'orifice dn tronçon antérieur. Tous ces désordres consécutifs auraient-ils été prévenus, comme le pense M. Arlaud, si la sonde avait été, dès l'origine, introduite dans l'urèthre? Il est permis d'en douter, et je crois que l'écartement des deux portions du canal s'effectuant, sans nul doute, malgré le corps étranger, aurait infailliblement donné naissance à la fistule urinaire. En effet, si des observations nombreuses prouvent que lo canal de l'urèthre, largement ouvert à la suite de rupture traumatique, de contusions suivies de gangrène ou de plaies transversales avec écartement ou perte de substance, a pu se réparer d'une manière surprenante au moyens de bourgeons charnus luxuriants et vivaces, il ne faut pas oublier que tous ces faits sont relatifs aux régions sous-pubienne et périnéale du canal, et qu'il n'en est plus de même quand la lésion porte sur la portion pénienne. Or, le moindre dégât est presque toujours l'origine d'une fistule opiniâtre. Les raisons de ces différences sont facilement appréciables. Je les donnerais si je n'étais forcé de me restreindre; je me contente de les signaler.

Pardonnez-moi, Messieurs, d'avoir consacré autant de temps à cette partie accessoire de l'observation. Je l'ai fait, parce que si les plaies chirurgicales de l'urèthre ont été bien étudiées dans ces derniers temps,



il nous manque encore un bon article sur les plaies accidentelles de la verge.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

ERRATUM. — *Des purgatifs après l'opération de la hernie étranglée.* — Dans le compte rendu de la séance du 10 juin (*Gazette des hôpitaux* du 20), on a omis par mégarde de reproduire le passage suivant après les observations de M. Huguier :

M. MOREL-LAVALLÉE. Je reconnais, en effet, avec M. Huguier, et je n'ai jamais dit le contraire, que les purgatifs sont généralement prescrits après l'opération de la hernie étranglée; mais il me permettra de lui faire observer : 1° que ce précepte est quelquefois négligé, même par nos maîtres, puisque j'en ai publié un exemple recueilli dans le service de Blandin (1), et où les conséquences de cette omission furent aussi évidentes que funestes; 2° que les chirurgiens qui emploient habituellement ce moyen n'y apportent pas toujours assez d'énergie ou de persévérance. Je connais des cas où, en insistant davantage sur les purgatifs, on aurait pu, suivant moi, épargner au malade une nouvelle opération, quelquefois inutile.

Quant au danger d'amener la rupture d'adhérences salutaires, je ne me dissimule pas qu'il existe jusqu'à un certain point; mais il ne faut pas s'exagérer non plus la crainte de provoquer des contractions excessives dans un intestin frappé d'inertie par un commencement de péritonite ou par un étranglement prolongé; en augmentant progressivement la dose du médicament, on se met autant que possible à l'abri de cet accident. Et d'ailleurs, supposons l'étranglement levé, si après un premier purgatif la suppression des évacuations continue, n'est-il pas moins dangereux d'en prescrire un plus énergique, que de recourir à une nouvelle opération quelconque?

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1847, page 82.

FIN DU TOME SEPTIÈME.


FACULTE DE MEDECINE DE PARIS
ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ

DU 1er JUILLET 1856 AU 1er JUILLET 1857.

2461. — JOSAT. De la tympanite, de ses complications et de son traitement. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1840, in-8° br. (*Offert par M. Marjolin depuis le n°* 2461 *inclus jusqu'au n°* 2480 *inclus.*)

2462. — BLANCHE (Pascal). Sur l'utilité de la perforation de la membrane du tympan dans le cas de surdité causée par l'oblitération du conduit guttural. Th. inang. Paris, Didot, 1806, in-4° br.

2463. — COLLIN (V.). Des diverses méthodes d'exploration de la poitrine. Th. inaug. Paris, Didot, in-4° hr., 1823.

2464. — LIOULT (P. J.). Considérations sur les usages ou propriétés du périoste dans la formation du cal. Th. inaug. Paris, Gagnard, an XII, 1804, in-4° br.

2465. — PLEINDOUX (Étienne). De quelques moyens thérapeutiques employés dans le traitement de la blennorrhagie et de la syphilis. Th. inaug. Montpellier, 1823, in-4° hr.

2466. — DEVERGIE (Alphonse). Essai sur l'exploration de l'abdomen à l'aide de la vue et du toucher, envisagée sous le rapport du diagnostic des maladies qui sont du ressort de la pathologie interne. Paris, Didot, Th. inaug., 1823, in-4° br.

2467. — ANGER (Édouard). Recherches comparatives sur la lithotomie pratiquée sur l'homme. Th. inaug., Paris, 1826, in-4° hr.

2468. — MASSON (J.) Considérations sur les intussusceptions on invaginations pathologiques des intestins. Paris, Didot, 1826, in-4° br.

2469. — PERRET (F.). De l'inflammation et des abcès du sein chez les femmes en couches. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1837, in-4° hr.

2470. — ROBBE (Louis-Émile). Que l'affection désignée sous le nom d'ongle rentré dans les chairs se compose de deux affections entièrement différentes par leurs causes, leur nature, et surtout par leur traitement. Paris, 1826, Th. inaug., in-4° br.

2471. — BARTHÉLEMY (Théodore). Essai sur quelques nouveaux procédés de chirurgie. Th. inaug. Paris, Didot, 1830, in-4° br.

2472. — GAILLARDET (J. C.). Considérations sur le cathétérisme forcé. Paris, Didot, 1836, in-4° hr. Th. inaug.

2473. — LE FIZELIER. Essai sur la hernie inguinale et son opération. Th. inaug. Paris, Didot, 1834, in-4° br.

2474. — MARTIN (J.). Sur la lithotritie ou broiement mécanique des calculs dans la vessie. Paris, Didot, 1828, in-4°, br. Th. inaug.

2475. — DAMOURETTE (P. R.). Quelles sont les circonstances où l'on doit pratiquer chez l'homme la taille sus-pubienne ou du haut appareil, et quelle est la méthode que l'on doit préférer pour faire cette opération. Th. inaug. Paris, Didot, 1822, in-4° br.

2476. — BADIN D'HURTEBISE. De la paralysie du nerf moteur oculaire externe (sixième paire). Th. inaug. Paris, Rignoux, 1849, in-4° br.

2477. — JOURDEUIL (Nicolas-Cam.). Du froid, de son action et de son emploi dans les affections traumatiques. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1845, in-4° br.

2478. — BÉDEL (Charles-Camille). Des abcès du foie. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2479. — LEROUX (Paul). Des abcès froids idiopathiques. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br. Th. inaug.

2480. — DESAYVRE (Antoine). Des fistules intestinales et de l'anus contre nature. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1844, in-8° br.

2481. — LEHMANN (Henricus). De rationibus physiologicis hnmoris aquei oculi humani. Th. inaug. Hauniæ, 1856, in-12 br. (*Offert par M. Hannover, de Copenhague, depuis le n° 2481 inclus jusqu'au n° 2487 inclus.*)

2482. — BRANDES (Ludovicus). De rheumatismo gonorrhoico in universum et de forma ejus acuta. Th. inaug. Hauniæ, 1848, in-8° br.

2483. — HASSING (Martinus). De colica scortorum disquisitio. Th. inaug. Hauniæ, 1848, in-8°, br.

2484. — HEMPEL (Christian.-Fred.). De monstris acephalis disquisitio anatomica. Hafnid, 1850. Th. inaug., in-4° br., figures.

2485. — HORNEMANN (Claud.-Jac.-Œm.). De rationibus dosium calomelis imprimis majorum Zoochemicis. Th. inaug. Hauniæ, 1839, in-8° br.

2486. — BANG (BENZ). De anastomosi Jacobsonii et ganglio Arnoldi. Th. inaug. Hauniæ, 1833, in-4° br.

2487. — SCHARLING (Eduard). De chemicis calculorum vesicariorum rationibus. Th. inaug. Hauniæ, 1839, in-4° br., figures.

2488. — MOREL-LAVALLÉE. Épanchement traumatique de sérosité. Extrait des Archives générales de médecine (juin 1853). Paris, Rignoux, 1853, in-8° br. (Aut.)

2489. — BERTHERAND (E. L.), de Lille. Des tumeurs du sein chez l'homme. Lille. Extrait des Annales médicales de la Flandre occidentale, 4e année, 1855, in-8° br. (Aut.)

2490. — CARON (Edmond). Du traitement des varices par les injections de perchlorure de fer dans les veines. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1856, in-4° br. (Deux exemplaires offerts par l'auteur pour le prix Duval.)

2491. — Quadri (Alexandre), de Naples. Mémoires ophthalmologiques, extraits des Annales d'oculistique publiées à Bruxelles, in-8° br. La même brochure comprend :

2492. — Quadri. Intorno all' ernia dell' iride consecutiva all' estrazione anteriore del cristallino. In-8° br., 12 pages, figures.

2493. — Quadri. Della oftalmia apopletica, estrato anno 1° della *Gazzetta medica delle Due-Sicilie*, n° 14, in-8°, 7 pages.

2494. — Quadri. Talune considerazioni sulla idro-capsulite, estrato della *Gazzetta medica delle Due-Sicilie*, n° 18, anno 1°, in-8°, 6 pages.

2495. — Quadri. Della anestesia nelle operazioni degli occhi, estrato della *Gazzetta medica delle Due-Sicilie*, n° 21, anno 1°, in-8°, 8 pages.

2496. — Quadri. Intorno ad un nuovo criterio diagnostico per le forme congestive dell' occhio, in-8°, 2 pages.

2497. — Quadri. Dei flemmoni e degli ascessi dell' orbita, estrato della *Gazzetta medica delle Due-Sicilie*, in-8°, 7 pages. (*Envoyé par l'auteur depuis le n°* 2491 *inclus jusqu'au n°* 2497 *inclus.*)

2498. — Ribeiri (Alexandre). Raccolta delle opere minori con annotazioni e con la giunta d'argomenti inediti. Torino, 1851, Schiepalti, 2 vol. in-8° br. (Aut.)

2499. — Roux (A. L.). Mémoire sur la dilution du sang par l'éther sulfurique soufré comme moyen préventif et curatif du choléra. Paris, 1856, in-4° br. (Aut.)

2500. — Robert (Hippolyte), de Ligny. Du cancer de la langue. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1856, in-4° br., 2 exemplaires. (Aut.)

2501. — Bertherand (A). Sidi-siouti, livre de la miséricorde dans l'art de guérir les maladies et de conserver la santé. Traduction littérale de l'arabe par M. Pharaon, revue et précédée d'une introduction, et annotée par Paris, J. B. Baillière, 1856, in-8° br. (Aut.)

2502. — Verhaeghe. Essai de chirurgie plastique d'après les préceptes du P. B. Langenbech. Bruxelles, Tirchen, 1846, in-8° br., fig. (Aut.)

2503. — Verhaeghe. De l'air de la mer et de son action sur l'organisme humain. Bruxelles, Hiessling, 1855, in-8° br. (Aut.)

2504. — Fourquet (G.) Du régime alimentaire au point de vue de l'hygiène, de la pathogénie, et principalement de la thérapeutique. Discours historique et critique prononcé le 12 mai 1856 à l'ouverture de la séance publique de la Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse. Toulouse, 1856, in-8° br. (Aut.)

2505. — Bertherand (A). Mémoire sur la rupture spontanée du cœur. Extrait de la *Gazette médicale de l'Algérie*. Paris, Baillière, 1856, in-8° br. (Aut.)

2506. — Parmentier. Essai sur les tumeurs de la région palatine. Mémoire présenté au concours pour les prix de l'internat, année 1852. Extrait de la *Gazette médicale de Paris*, 1856. Paris, in-8° br. (Aut.)

2507. — Sallenave, de Bordeaux. Réponse à M. Saurel, de Montpellier, relativement à la critique de ce médecin journaliste sur le traité des maladies chroniques dues à l'épuisement. Bordeaux, 1856, in-8° br. (Aut.)

2508. — Brodhurst (Bernard). On the nature and the treatment of club-foot and analogous distortions involving the tibio-tarsal articulation. London, John Churchill, 1856, in-8° cart., fig. (Aut.)

2510. — Roux de Brignolles. Lettre à M. Jobert, de Lamballe, sur une nouvelle méthode d'autoplastie. Marseille, 1850, in-8° br., fig., 2 exemplaires. (Aut.)

2511. — Goubaux (Arm.). Mémoire sur les prétendus cerveaux ossifiés ou sur les exostoses de la face interne du crâne chez les animaux de l'espèce bovine. Lu à la Société impériale et centrale de médecine vétérinaire, 23 novembre 1854. Paris, in-8° br. (Aut.)

2512. — Hutin (Félix). Recherches sur les tatouages. Paris, Baillière, 1853, in-8° br. (Aut.)

2513. — Hutin (Félix). Recherches sur le résultat des fractures de la moitié supérieure de la cuisse et de la moitié inférieure de la jambe, dont se compliquent les plaies par armes à feu. Paris, 1854, in-8° br. (Aut.)

2514. — Hutin (Félix). Plaie du sinus longitudinal supérieur de la dure-mère déterminée par une saillie osseuse ancienne et accidentelle. Paris, 1854, in-8° br. (Aut.)

2515. — Hutin (Félix). Ablation complète du menton par un boulet. Extrait de la *Gazette des hôpitaux*. Paris, 1851, in-8° br. (Aut.)

2516. — Fano. Sur quelques-uns des accidents qui compliquent les fractures des côtes. Extrait de l'*Union médicale*, 1856. (Aut.)

2517. — Merchie (Z.). Des secours à porter aux blessés sur les champs de bataille. Extrait des Archives belges de médecine militaire. Bruxelles, 1855, in-8° br. (Aut.)

2518. — Vautrin (Ernest). De l'adhérence anormale des paupières entre elles et avec le globe de l'œil; ankyloblépharon, symblépharon. Th. inaug. in-4° br. Paris, Rignoux, 1856. (2 exemplaires envoyés par l'auteur pour le prix Duval.)

2519. — Gimelle (Jules). Du tétanos. Mémoire pour le prix Civrieux, année 1853. Paris, Hennuyer, 1856, in-8° br. (Aut.)

2520. — Houel (Ch.). Manuel d'anatomie pathologique générale et appliquée contenant la description et le catalogue du musée Dupuytren. Paris, Germer Baillière, 1857, in-8° br. (Aut.)

2521. — Gamgee (Joseph-Sampson) On the advantages of the starched apparatus in the treatment of fractures and diseases of joints, being the first part of on essay to which the council of university college have awarded the Liston clinical medal. London, 1853, Lewis, 1 vol. in-8° cart., figures. (Aut)

2522. — GAMGEE (Joseph-Sampson). Reflections on Petit's operation and on purgatives after herniotomy. London, Baillière, 1855, in-8° br. (Aut.)

2523. — GAMGEE (Joseph-Sampson). Researches on pathological anatomy and clinical surgery. London, Baillière, 1856, 1 vol. in-8°, cart., fig. (Aut.)

2524. — PAGET (James). Lectures on tumours delivered at the royal college of surgeons of England. London, Longman, 1853, 1 vol. in-8° cart., figures. (Aut.)

2525. — GAILLARD (L.). Thécoplastie de l'urèthre. Extrait du Bulletin n° 19 de la Société de médecine de Poitiers, 1852, in-8° br. (Aut.)

2526. — CHASSAIGNAC. Traité de l'écrasement linéaire, nouvelle méthode pour prévenir l'effusion du sang dans les opérations chirurgicales. Paris, J. B. Baillière, 1856, 1 vol. in-8° br., fig. (Aut.)

2527. — BOUVIER. Maladies chroniques de l'appareil locomoteur. Leçons cliniques recueillies à l'hôpital des Enfants par M. Richard Maisonneuve, année 1856. Pied bot, rachitisme. Paris, J. B. Baillière, in-8° br. (Offert par M. Bouvier.)

2528. — GOSSELIN. — CURLING. Traité pratique des maladies du testicule, du cordon spermatique et du scrotum, par Curling, trad. de l'anglais sur la 2e édition, avec des additions et des notes par Gosselin. Paris, Labé, 1857, 1 vol. in-8° br., figures. (Offert par M. Gosselin.)

2529. — WILDBERGER (Johan). Zweiter Besicht über die Orthopädische Heilanstalt in Bamberg. Bamberg, 1855, in-8°, br. (Aut.)

2530. — WILDBERGER (Johan). Neue Orthopädische Behandlungsweise veralteter spontaner luxationem in Huftgelenke. Leipzig, Brockhaus, 1856, in-8° br. (Aut.)

2531. — WILDBERGER (Johan). Prospectus der orthopedischen Heilanstalt zu Bamberg. Bamberg, 1856, in-32 br. (Aut.)

2532. — GIRALDÈS. Plan général d'un cours d'anatomie appliquée aux beaux-arts. Paris, 1856, in-8°, 1 feuille. (Aut.)

2533. — GIRALDÈS et Lina JAUNEZ. De l'anatomie appliquée aux arts. Cours professé à l'Athénée des beaux-arts par M. Giraldès. Compte rendu par mademoiselle Lina Jaunez. Paris, 1856, in-8°, br., 1 feuille. (Offert par M. Giraldès.)

2534. — ARRACHART (Ed.). De l'emploi de l'appareil à pointe métallique dans les fractures de la jambe. Paris, 1856. Th. inaug., in-4° br., 2 exempl. (Offert par l'auteur pour le prix Duval.)

2535. — GOUBAUX (Arm.). Expériences sur les hémorrhagies, applications pratiques, conclusions. Paris, 1856, in-8° br. (Aut.)

2536. — SAUREL. Du traitement de la pourriture d'hôpital au moyen d'application topique de teinture d'iode. Montpellier, 1856, in-8° br. (Aut.)

2537. — SAUREL. Mémoire sur les fractures des membres par armes à feu, suivi d'observations pour servir à l'histoire des blessures par armes de guerre. Montpellier, Pitrat, 1856, in-8° br. (Aut.)

2538. — SCOUTETTEN (H.). Le hamac, ou nouvel appareil à suspension pour les fractures et les blessures graves du membre inférieur. Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine de Paris, 19 août 1856. Paris, V. Masson, 1856, in-8° br., figures. (Aut.)

2539. — BROCA (Paul). De l'étranglement des hernies abdominales. Thèse de concours pour l'agrégation en chirurgie, 1853. Paris, V. Masson, 1857, in-8° br., 2e édition. (Aut.)

2540. — MÉNARD (Alfred). De la pourriture d'hôpital. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1856, in-4° br. (Aut.)

2541. — ESCAYRAC DE LAUTURE. Questions et instructions données par l'Académie des sciences au commandant d'Escayrac de Lauture pour le voyage à la recherche des sources du Nil Blanc. Paris, 1856, in-4° br. (Offert par M. J. Cloquet.)

2542. — DUCÈS (Alfred). De l'innocuité du lait des nourrices atteintes de syphilis pour les enfants qu'elles nourrissent. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1852, in-4° br. (Offert par M. Giraldès.)

2543. — HÉRARD (Hip.-Victor). Du spasme de la glotte. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1847, in-4° br. (Offert par M. Giraldès.)

2544. — POINCARÉ (Léon). De l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1852, in-4° br. (Offert par M. Giraldès.)

2545. — LACH (François-Joseph). De l'éther. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1847, in-4° br. (Offert par M. Giraldès.)

2546. — ARTIÈRES (Victor). Diagnostic des tumeurs du sein. Paris, Rignoux, 1849, in-4° br. (Offert par M. Giraldès.)

2547. — DUFOUR (Gustave). Essai clinique sur le diagnostic spécial et différentiel des maladies de la voix et du larynx. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1851, in-4° br. (Offert par M. Giraldès).

2548. — EYDRYEWIEZ (Joseph). Des hernies abdominales. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1850, in-4° br. (Offert par M. Giraldès.)

2549. — MAILLY (Camille). Recherches sur une épidémie de péritonite puerpérale observée à la Maternité de Paris au mois de mai 1851. Paris, Rignoux, 1852. Th. inaug., in 4° br. (Offert par M. Giraldès.)

2550. — CINISELLI (Luigi). Sulla electro-puntura nella cura degli anevrismi. Cremona, 1856, in-4° br. (Aut.)

2551. — HIPPOCRATE. Nouvelle traduction des Aphorismes d'Hippocrate et commentaires spécialement applicables à la médecine dite clinique, avec le Traité des humeurs, traduit du grec par M de Mercy. Paris, Victor Renaudière, de 1821 à 1829, 4 vol. in-12 cart. (Offert par M. Larrey.)

2552. — HIPPOCRATE. Traités de la nature de l'homme, de l'ancienne médecine, des humeurs, de l'art médical, traduction de de Mercy. Paris, Eberhart, 1823, 2 vol. in-12 cart., 1 portrait. (Offert par M. Larrey.)

2553. — HIPPOCRATE. Traités de l'ostéologie, du cœur, des veines, de l'aliment, traduction de de Mercy. Paris, Béchet jeune, 1832, 2 vol. in-12 cart. (Offert par M. Larrey.) Cela comprend également les Traités de la maladie sacrée, des vents ou des fluxions.

2554. — HIPPOCRATE. Traité des plaies de tête, des fractures, du laboratoire, du chirurgien, des articles ou des luxations. Paris, Béchet, 1832, 2 vol. in-12 cart. (Offert par M. Larrey.)

2555. — SCARPA. Réflexions et observations anatomico-chirurgicales sur l'anévrysme, traduites de l'italien par J. Delpech. Paris, Migneret, 1809, in-8° cart. (Offert par M. Giraldès.)

2556. — MOREL-LAVALLÉE. De la cystite cantharidienne. Mémoire couronné par l'Académie des sciences. Extrait des Archives générales de médecine, novembre 1856. Paris, Rignoux, 1856, in-8° br. (Aut.)

2557. — FABBRI (Gio.-Battista). Alcune considerazioni ostetriche interno alla pelvi. Estratta del volume 7° delle Memorie dell' Academia delle scienze dell' Istituto di Bologna. Bologna, 1856, in-4° br., figuris. (Aut.)

2558. — BROCQUIER (Bruno). Avantages des pansements rares après les amputations. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1857, in-4° br. (Aut.)

2559. — LARREY (Hip.). Rapport à la Société de chirurgie sur l'éléphantiasis du scrotum. Extrait des Mémoires de la Société de chirurgie. Paris, Masson, 1856, in-4° br., fig. (Aut.)

2560. — BÉRAUD (M. B. J.). Notice sur les titres et les travaux scientifiques. Paris, Martinet, 1856, in-4° br. 2 exempl. (Aut.)

2561. — PORTA (Luigi). Dei tumori follicolari sebacei memoria letta all' i. A Istituto lombardo di scienze, lettere ed arti, con tre tavole. Milano, 1856, in-4° br. (Aut.)

2562. — DEBREYNE (P. J. C.). Essai sur la catalepsie. Th. inaug. Paris, Didot, 1814, in-4° br. (Offert par M. Marjolin.)

2563. — MARSCH (Joan.-Em.). Operis de rationibus prodomus, quibus mors Berolini est censenda. Th. inaug. Berolini, 1828, in-4° br. (Offert par M. Marjolin.)

2564. — KNUTH (Frid.-Gust.). De aëre, vitæ genere, sanitatæ et morbis monilensium. Th. inaug. Gryphiæ, 1818, in-4° br. (Offert par M. Marjolin.)

2565. — MATHIEU (Jean-Louis). De la diathèse purulente spontanée. Paris, Rignoux, 1849, in-4° br. Th. inaug. (Offert par M. Marjolin.)

2566. — JOURDAIN (Henri). De la fistule lacrymale. Th. inaug. Paris. Rignoux, 1848, in-4° br. (Offert par M. Marjolin.)

2567. — ÉTIENNE (M. C.). Considérations générales sur les causes qui gênent ou empêchent la déglutition. Paris, 1806, in-4° br. (Offert par M. Marjolin.)

2568. — VARLET (Auguste). Considérations sur l'inflammation du système osseux. Th. inaug. Paris, Didot, 1836, in-4° br. (Offert par M. Marjolin.)

2569. — MIDDELDORPF (Th.). Ueberblick über die Akidopeirastik, eine neue Untersuchungs-Methode mit Hülfe spitziger Werkzeuge. Breslau, 1856, in-8° br., fig. (Aut.)

2570. — SACHS (Heimann). Observationes de linguæ structura penitiore. Th. inaug. Uratislæ, 1856, in-4° br., fig. (Aut.)

2571. — SILBERT (Paulin). Du naturisme médical. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1843, in-4° br. (Aut.)

2572. — CHEVALIER (J. P.) et DORIEUX (Gustave). Appréciation philosophique et littéraire de la médecine dévoilée. Paris, Ledoyen, 1857, in-12 br. (Aut.)

2573. — COSTES. Mémoire sur le traitement de la fistule lacrymale. Bordeaux, Gaunouilhon, 1856, in-8° br. (Aut.)

2574. — GUGGENBUHL. Die cretinem. — Heilanstalt auf dem Abend-Berg in der Schweig, cant. Bern. Bern, Hüber, 1853, in-4°, cart., fig. (Offert par M. Cloquet.)

2575. — CAMPS (Gabriel). De l'opération de la fistule à l'anus. Paris, Rignoux, 1843, in-4° br. Th. inaug. (Offert par M. Larrey depuis le n° 2575 inclus jusqu'au n° 2590 inclus.)

2576. — LEROY (Jules-Abel). De l'étranglement dans les maladies chirurgicales. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1844, in-4° br.

2577. — CHAMBERT (Henri). Des effets physiologiques produits par l'inhalation des différents éthers. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1847, in-4° br.

2578. — MONIER (Louis-Ern.). De la contusion des articulations. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1847, in-4° br.

2579. — BEYRAN (Joseph-Melcom). Diagnostic différentiel des affections du testicule, leur symptomatologie et leur traitement. Paris, Rignoux, 1850. Th. inaug., in-4° br.

2580. — COULIER (Paul). Introduction à l'étude des virus et de l'immunité en particulier. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1849, in-4° br.

2581. — PIÉPLU (Émile). Quelques réflexions sur les ulcérations simples du col de l'utérus. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1856, in-4° br.

2582. — DUGUÉ (Gabriel). Des déchirnres du périnée dans l'accouchement et des moyens d'y remédier. Paris, Rignoux, 1856. Th. inaug. in-4° br.

2583. — MATHIEU (Benoit-Xavier). Du goître. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1856, in-4° br.

2584. — VANVERT (Alfred-Victor). De la cure radicale des hernies. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1856, in-4° br.

2585. — BRUNET (Antoine). De la fracture de la rotule. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1856, in-4° br.

2586. — RICHARD (Alexandre). Des moyens d'assurer la réussite des amputations des membres. Th. inang. Paris, Rignoux, 1849, in-4° br.

2587. — Fauvel (Pierre-François). De l'hydartbrose du genou. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1853, in-4° br.

2588. — Henri (Léon). Des fraclures de la jambe et de leur traitement. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1852, in-4° br.

2589. — Giraudet (Louis-Eugène). Des diverses tumeurs des nerfs. Paris, Rignoux, 1852. Th. inaug., in-4° br.

2590. — Normand (Sixte). Du bec-de-lièvre et de son traitement. Paris, Rignoux, 1852, in-4° br.

2591. — Achard (Félix). Note sur un nouveau mode de pansement des plaies ou exposé synthétique de la métbode attractive. Bossan à Saint-Marcellin, 1857, in-8° br. (Aut.)

2592. — Pillon (Aug.-Alexandre). Des exanthèmes syphilitiques. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1857, in-4° br. Deux exemplaires adressés par l'auteur pour le prix Duval.

2593. — Berruti. Sull' uso del tabacco e sulla sanita degli operai che lavorano nelle fabbricbe dei tabacchi. Estratta delle 2° volume degli atti della R. Acad. med. chir. de Torino. Mussano, Torino, 1846, in-4° br. (Offert par M. Marjolin.)

2594. — Cabanellas. Compte rendu dans l'assemblée générale du 25 janvier 1857 de l'Association des médecins du département de la Seine. Paris, 1857, in-8° br. (Aut.).

2595. — Goyrann, d'Aix. Note sur un cas d'imperforation congénitale de l'anus et absence d'une partie du rectum; anus artificiel pratiqué au-devant de la fosse iliaque gauche; vues nouvelles sur le prolapsus de l'intestin, dans ce cas réduction et contention faciles du prolapsus; obturation de l'anus iliaque par un appareil approprié. Extrait de la *Gazette médicale de Paris*, 1856, in-8° br. (Aut.)

2596. — Goyrand, d'Aix. Études pratiques sur l'atrésie et les malformations de l'anus et du rectum, et sur les opérations par lesquelles on peut remédier à ces vices de conformation. Extrait de la *Gazette médicale de Paris*, 1856, in-8° br. (Aut.)

2597. — Vialaneix (Louis). Des fractures de la mâchoire inférieure. Paris, Rignoux, 1852. Th. inaug., in-4° br. (Offert par M. Larrey depuis le n° 2597 inclus jusqu'au n° inclus.)

2598. — Decourt (A. F.) Du spina bifida. Tb. inaug. Paris, Rignoux, 1853, in-4° br.

2599. — Colonna (Dominique). Observation d'éléphantiasis des bourses. Paris, Rignoux, 1853. Th. inaug.

2600. — Lacauchie (A. E.). Les maladies du col de la matrice et leur traitement. Thèse de concours pour les chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg. Paris, P. Renouard, 1841, in-4° br.

2601. — Cocun (Emmanuel). De la tumeur blanche de l'articulation scapulo-humérale. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1851, in-4° br.

2602. — Bécane (Stéphanie). Du lieu dans lequel on doit pratiquer l'amputation des membres. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1844, in-4° br.

2603. — Viard (Charles). De la gangrène spontanée. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1850, in-4° br.

2604. — Binat (P. J. F.). De la dystocie ou accouchement laborieux considérée sous le rapport des positions vicieuses du fœtus et de leur manuel opératoire. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1837, in-4° br.

2605. — Laboulbène (J. J.) Sur le nævus en général et sur une modification particulière et non décrite observée dans un nævus de la paupière supérieure. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1854, in-4° br.

2606. — Vincent (Henri-Joseph). Des effets immédiats des blessures des vaisseaux sanguins. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2607. — Teinturier (Victor-M.). Des fractures de la rotule. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1855, in-4° br.

2608. — Baumers (René). Des corps étrangers du genou et de leur traitement par la méthode sous-cutanée. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2609. — Savy (Louis). De l'hydarthrose. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1851, in-4° br.

2610. — Waeterloot (Gustave). Des fractures des côtes. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1855, in-4° br.

2611. — Virlet (Nicolas-Fran.). Des kystes congénitaux du cou. Paris, Rignoux, 1854. Th. inaug., in-4° br.

2612. — Dulac (Joseph-Fabien). Des divers procédés entéroraphiques. Paris, Rignoux, 1845. Th. inaug., in-4° br.

2613. — Gay (A. J. F.). Du traitement des fistules urinaires du périnée et des bourses par l'incision et la cautérisation. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1851, in-4° br.

2614. — Joseph (Gaspard). Du varicocèle. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1851, in-4° br.

2615. — Lelzica (Jean). Du varicocèle et de son diagnostic différentiel. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1850, in-4° br.

2616. — Letorsay (Hippolyte). Du varicocèle et de son traitement. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1850, in-4° br.

2617. — Arcelin (Charles). Des soins immédiats que réclament les blessés en campagne. Th. inaug. Montpellier, J. Martel, 1843, in-4° br.

2618. — Aubas, de Montfaucon. Relation de l'expédition du Djebel-Boutaleb en janvier 1846. Th. inaug. Paris, 1847, in-4° br.

2619. — Poggioli (Paul-Joseph) Essai sur la description d'une maladie cutanée nouvelle ou dermatose ulcéreuse, observée à Biska (Afrique). Th. inaug. Paris, Rignoux, 1847, in-4° br.

2620. — Le Dieu (Guillaume). Considérations sur la non-existence du virus vénérien. Th. inaug. Paris, Didot, 1834, in-4° br.

2621. — Veney (Charles). Propositions sur les maladies vénériennes. Paris, Didot, 1835, in-4° br. Th. inaug.

2622. — Barth. Exposé de ses titres pour sa candidature à l'Académie de médecine. Paris, Rignoux, 1852, in-4° br.

2623. — Desruelles (Charles). Des manifestations de la syphilis congénitale et particulièrement du pemphigus des nouveau-nés. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1852, in-4° br.

2624. — Perrin (Prosper). Topographie médicale de Djidjeli (Algérie). Paris, Rignoux, 1852, in-4° br. Th. inaug.

2625. — Godet (Henri). De l'art du dentiste au point de vne de la pratique médicale. Tb. inaug. Paris, Rignoux, 1856, iu-4° br.

2626. — Pierre (Simon). De l'anaplastie faciale et de la rhinoplastie en particulier. Tb. inaug. Paris, Rignoux, 1851, in-4° br.

2627. — Rampont (Mansuy-François). Des caractères tirés du système osseux qui peuvent servir à reconnaître si le fœtus est à terme. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1844, in-4° br.

2628. — Broca (Paul). Du cancer et des pseudo-cancers. Extrait du nouveau Dictionnaire de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires. Paris, Remquet, 1856, in-8° br. (Aut)

2629. — Mouzard. Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1856. Extrait de l'*Union médicale*, 1857. Paris, Malteste, 1857, in-8° broché. (Aut.)

2630. — Denucé. Considérations sur l'autoplastie, et sur les méthodes et les procédés opératoires qui la constituent. Extrait des Archives générales de médecine, octobre 1855. Paris, 1855, in-8° br. (Aut.)

2631. — Denucé. Mémoire sur les corps étrangers introduits dans la vessie. Bordeaux, Gaunouilbon, 1856, in-8°. (Aut.)

2632. — Denucé. Observation d'un cas d'anévrysme inguinal, ligature de l'artère iliaque externe. Bordeaux, Crugy, 1856. (Aut.)

2633. — Dunal. Compte rendu des principaux faits observés à la clinique d'accouchements pendant les années 1852-1855. Montpellier, Ricard, 1857, in-8° br. (Aut.)

2634. — Blot (Hipp.). De la glycosurie physiologique des femmes en couches, des nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes. Lu à l'Académie des sciences le 6 octobre 1856. Paris, V. Masson, in-8° br. (Aut.)

2635. — Ancelet (E.). Note sur l'emploi des fumigations intra-pleurales consécutives à l'opération de la thoracentèse. Présentée à l'Institut le 27 janvier 1857. Reims, Huet, 1857, in-8° br. (Aut.).

2636. — Caratheodory (Constantin). Observations de deux cas de taille par le procédé bi-latéral de Dupuytren, modifié en raison des circonstances exceptionnelles qui ont été découvertes sous le couteau. Mémoire lu à l'Académie de médecine le 24 juillet 1855. Suivi du Rapport fait à l'Académie le 4 mars 1856 par M. Ségalas. Paris, Malteste, 1856. in-8° br. (Aut.)

2637. — Latour (Amédée). De la foi en médecine. Extrait de l'*Union médicale*, 23 décembre 1856. Paris, Malteste, 1856, in-8°, 1 feuille.

2638. — Eissen (E.). Soultzbad. Le bain de Soultz, près Molsheim (Bas-Rhin), source minérale chloro-iodo-bromée. Paris, 1857, V. Masson, in-8° br., fig., 2 exemplaires. (Aut.)

2639. — Loreau et Munaret. De l'exercice illégal de la médecine et des moyens de le réprimer. Lettre du docteur Loreau pour protester contre nne mesure prise par l'Association médicale du Rhône. Réponse par le docleur Munaret. Extrait de la *Gazette médicale de Lyon*, 15 mars 1857. Lyon, Aimé Vingtrinier, 1857, in-8° br.

2640. — Mattei. La maternité et l'obstétrique chez les Hébreux. Extrait de la *Gazette médicale de Paris*. Paris, Thunot, 1857, in-8° br. (Aut.)

2641. — Richet (A.) Des opérations applicables aux ankyloses. Thèse de concours pour une chaire de médecine opératoire. Paris, Schneider, 1850, in-4° br. (Aut.)

2642. — Richet (A.). Mémoires sur les tumeurs blanches. Extrait du tome XVIII des Mémoires de l'Académie impériale de médecine. Paris, J. B. Baillière, 1853, in-4° br., fig. (Aut.)

2643. — Richet (A.) Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale. Paris, Chamerot, 1855, 2 vol. in-8° br., fig. (Aut.)

2644. — Houel (Ch.). Des plaies et des ruptures de la vessie. Thèse de concours pour l'agrégation, section de chirurgie. Paris, Martinet, 1857, in-4° br. (Aut.)

2645. — Jamain (M. A.). Des plaies du cœur. Thèse de concours pour l'agrégation, section de chirurgie. Paris, Martinet, 1857, in-4° br. (Aut.)

2646. — Fano. Des tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais. Thèse de concours pour l'agrégation en chirurgie. Paris, V. Masson, 1857, in-4° br., fig. (Aut.)

2647. — Szumowski (V.). De ligatura œsophagi sensu physiologica et medica forensi. Th. inaug. Petropoli, Typis Academiæ Cæsaræ scientiarum, 1857, in-8° br. (Offert par M. Heyfelder).

2648. — Legendre (F. L.) Sur le traitement des nævi materni vasculaires (tumeurs érectiles) par l'inoculation vaccinale. Extrait des Archives de médecine, mai 1856. Paris, Rignoux, in-8° br. (Aut.)

2649. — Bouvier. De la méthode opératoire sous-cutanée. Discours prononcé à l'Académie impériale de médecine les 7 et 14 avril 1857. Paris, J. B. Baillière, 1857, in-8° br. (Aut.)

2650. — Legendre (E. Q.). De la valeur comparée des différentes méthodes de traitement des fractures. Thèse d'agrégation de chirurgie. Paris, Martinet, 1857, in-4° br. (Aut.)

2651. — Blot (Hippolyte). De l'anesthésie appliquée à l'art des accouchements. Thèse de concours pour l'agrégation en chirurgie, 1857. Paris, V. Masson, in-8° br. (Aut.)

2652. — Bauchet (L. J.). De la thyroïdite (goître aigu) et du goître enflammé (goître chronique enflammé). Extrait de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* Paris, V. Masson, 1857, in-8° br. (Aut.)

2653. — Ollier (Léopold). Des plaies des veines. Thèse pour le concours d'agrégation de chirurgie. Paris, V. Masson, 1857, in-8° br. (Aut.).

2654. — Bauchet (L. J.). Des tubercules au point de vue chirurgical. Thèse pour le concours d'agrégation en chirurgie. Paris, Martinet, 1857, in-4°, br. (Aut.)

2655. — Béraud (B. J.). Maladies de la prostate. Thèse pour le concours d'agrégation de chirurgie. Paris, Martinet, 1857, in-4° br., fig. (Aut.)

2656. — Larrey (Hippolyte), Michalski. Rapport fait à l'Académie impériale de médecine dans la séance du 14 avril 1857, sur une observation d'amputation scapulo-humérale avec résection partielle de la clavicule, de l'acromion et de l'apophyse coracoïde pour une mutilation compliquée de l'épaule, par le docteur Michalski. Paris, J. B. Baillière, 1857, in-8° br. (Aut.)

2657. — Bouisson (André-Gust.). Considérations sur quelques tumeurs pulsatives et improprement appelées anévrysmes au point de vue du diagnostic et du traitement. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1857, in-4° br. 2 exemplaires adressés par l'auteur pour le prix Duval.

2658. — Heyfelder (Oscar). On the resection of the Jow Bones, in-8° br. Extrait. (Aut.)

2659. — Société de secours des Amis des sciences. Procès-verbal de la séance d'inauguration, suivi d'observations sur l'article V des statuts. Paris, Thunot, 1857, in-8° br.

2660. — Philipeaux (R.). Études sur l'électricité appliquée au diagnostic et au traitement des paralysies. Paris, J. B. Baillière, 1857, in-8° br. (Aut.)

2661. — Foucher (E.). De l'anus contre nature. Thèse de concours pour l'agrégation en chirurgie. Paris, Remquet, 1857, in-4° br., fig. (Aut.)

PARIS. — TYPOGRAPHIE DE HENRI PLON, IMPRIMEUR DE L'EMPEREUR, RUE GARANCIÈRE, 8.

